Rok XLVI. Kraków, dnia 21. grudnia 1907. Nr 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

W sprawie operacyi przerosłego migdałka gardłowego przy głuchoniemocie.

Napisał

Dr Teofil Zalewski.

Docent pryw. chorób usznych w uniwersytecie lwowskim.

Dr J. Sędziak ogłosił niedawno artykuł p. t. »O t. zw. wyroślach gruczołowatych w jamie nosogardłowej na podstawie przeszło 1000 dokonanych operacyj« (Przegląd lek., Nr 39 i 40). W artykule tym między innemi czytamy: »Wobec powyższego sądzę, że należy w każdym przypadku głuchoniemoty zastosować leczenie operacyjne wyrośli gruczołowatych, przyczem kto wie, czy przez wczesne operowanie tych ostatnich nie zdołamy uprzedzić występowania ewent. głuchoniemoty« (l. c. str. 489).

Ze zdaniem tem, aby w każdym przypadku głuchoniemoty, gdzie istnieje przerost migdałka gardłowego, migdałek ten usuwać, zgodzić się nie można. Do takiego postawienia sprawy nie uprawniają nas obecne nasze wiadomości o głuchoniemocie, ani też dane, podane we wspomnianym artykule. Na cóż wyjmować przerosły migdałek gardłowy w tych przypadkach, gdzie on zmian w narządzie słuchu nie wywołuje i innych zresztą objawów nie daje? Migdałek przerosły wyjmiemy u głuchoniemego wtedy, kiedy będzie wskazanie do tego, a tem wskazaniem nie może być tylko głuchoniemota jako taka. Wiemy, jakie objawy daje przerosły migdałek gardłowy; objawy te w narządzie słuchu stwierdzamy między innemi wzrokiem. Wiemy, że przerosły migdałek gardłowy wywołuje zmiany bezpośrednio w uchu środkowem, że nie wywołuje zmian w uchu zewnętrznem lub wewnętrznem bez jednoczesnych zmian w uchu środkowem. Jeżeli więc stwierdzimy przerost migdałka gardłowego, to ze względu na narząd słuchu wskaźnikiem co do operacyi będzie stan ucha środkowego: jeżeli w uchu środkowem stwierdzimy zmiany, odpowiadające przerosłemu migdałkowi gardłowemu, to operacyę bezwarunkowo wykonamy, mniejsza o to, czy to wpłynie na słuch, czy nie; w przeciwnym razie ze względu na narząd słuchu operacya chybiałaby celu. Tak więc, jeżeli już mowa o wyjmowaniu przerosłego migdałka gardłowego, jako środku przeciwko głuchoniemocie, to mogą wchodzić w rachubę tylko te przypadki, w których przyczyną głuchoniemoty są zmiany wyłącznie w uchu środkowem, lub też te przypadki, w których prócz zmian w wewnętrznych częściach narządu słuchu znajdujemy zmiany i w uchu środkowem. Przytoczone przez Sędziaka przypadki musiały należeć do tej kategoryi, musiały to być przypadki, w których głuchoniemota powstała jedynie lub przeważnie z powodu zmian w uchu środkowem; można napewno twierdzić, że w przypadkach tych głuchoniemota nie polegała jedynie na zmianach w wewnętrznych częściach narządu słuchu. Zmian w uchu wewnętrznem, nerwie słuchowym i ośrodkach nerwowych, któreby zależały od przerostu migdałka, nie znamy i nawet wyobrazić sobie nie możemy.

Przypadków »wyleczenia« głuchoniemoty po wyjęciu przerostu migdałka gardłowego podano w piśmiennictwie znacznie więcej, musimy jednak na przypadki te zapatrywać się krytycznie, bo wogóle jest rzeczą sporną, czy głuchoniemota może powstać tylko wskutek zmian w uchu środkowem. Przeglądając odpowiednie piśmiennictwo dochodzimy do przekonania, że jeżeli może powstać głuchoniemota wskutek zmian w uchu środkowem, to chyba wyjątkowo, przytem zmiany muszą być bardzo znaczne. Przypadki takie są tak rzadkie i niepewne, że jeżeli się mówi o przyczynie głuchoniemoty, to ma się na myśli zmiany w uchu wewnętrznem, w nerwie, w ośrodkach.

Czy zresztą jest tak pewny związek między głuchoniemotą a przerostem migdałka gardłowego? Dlaczego Sędziak przytoczył statystyki tylko z wysokim odsetkiem, a pominął statystyki, nie mniej zasługujące na wiarę, z niskiemi liczbami? Przytoczę statystyki znane mi. I tak największy odsetek podaje najświeższa statystyka (z marca b. r.) Urbantschitscha, bo 88,5% przypadków z przerostem migdałka gardłowego, a nie Haldricha (jak go nazywa Grandenigo), który podaje 73%, Hellat podaje 64%, Denker 44%, Kickhefel 37·9%, Krebs 31%, Barnick 30%, Passow 19%, Lemcke 17%, Schubert 16·6%, Hamon du Fougeraye 13%, Bliss 12%, Schmalz 2%. Siebenmann, mówiąc o przyczynie głuchoniemoty, podaje, że Ucherman stwierdził przerost migdałka gardłowego u głuchoniemych tylko w 5%, t. j. nie więcej, niż u niegłuchoniemych, podaje też, że i Mygind znalazł podobne stosunki. Wspomnę też o fakcie ważnym, na który zwraca uwagę Kickhefel, że i u głuchoniemych z wiekiem przerost zanika; to samo spostrzegamy i u niegłuchoniemych.

Tak więc widzimy, że nawet co do częstości przerostu migdałka gardłowego u głuchoniemych rzecz się ma niezupełnie tak, jak ją Sędziak podaje. Uwzględniając i inne statystyki, musimy wyrazić wątpliwość co najmniej, czy przerost migdałka gardłowego, względnie zmiany w uchu środkowem wywołane przez niego, są kiedy przyczyną głuchoniemoty. Jeżeli jednak nawet przyjmiemy, że przerost migdałka gardłowego zdarza się częściej u głuchoniemych, to to bynajmniej nie przemawia jeszcze za związkiem przyczynowym. Przecież i gruźlicę płuc spotykamy częściej u głuchoniemych, niż u niegłuchoniemych. Przerost migdałka gardłowego u głuchoniemych może mieć inne znaczenie, jak je ma prawdopodobnie gruźlica. Mygind zwraca uwagę na niekorzystne socyalne położenie głuchoniemych dzieci. Przytoczę też to, co mówi Urbantschitsch, którego statystyka zawiera najwyższy odsetek przerostu migdałka gardłowego u głuchoniemych. Urbantschitsch mówi, że istnieje ścisły związek między głuchoniemotą, a przerostem migdałka gardłowego, ale nie przyczynowy; przerost migdałka gardłowego i wogóle tkanki gruczołowatej uważa Urbantschitsch za wyraz zwyrodnienia, które wywołuje choroba. Pomimo, że przeszło 1/4 część głuchoniemych, przytoczonych w swojej statystyce, operował dla innych wskazań z powodu przerostu migdałka gardłowego, w żadnym przypadku nie stwierdził wpływu operacyi na

głuchoniemotę, pomimo, że operacya wywarła na inne objawy wpływ dodatni.

Tak więc pewności, czy wogóle przerost migdałka gardłowego może być przyczyną głuchoniemoty, nie mamy; inaczej mówiąc, jeżeli już przyjmiemy, że wyjątkowo same zmiany w uchu środkowem mogą być przyczyną głuchoniemoty, to nie mamy najmniejszej pewności, czy bodaj w części tych przypadków zmiany, wywołane przez przerosły migdałek gardłowy, przyczyniają się do powstania głuchoniemoty. Dlatego też, nie podając w wątpliwość przytaczanych w piśmiennictwie przypadków, musimy na nie zapatrywać się krytycznie, musimy wymagać, by rozpoznanie głuchoniemoty nie opierało się tylko na tem, że dziecko »nie słyszy« tego, co mówimy (może nie rozumie tylko?), i nie mówi. Jeżeli mówi się o operacyi przerostu migdałka gardłowego przeciwko głuchoniemocie, to musimy wymagać, ażebyśmy przez badanie mieli dokładny obraz czynności narządu słuchu przed operacyą i po operacyi. Możemy przecież mieć przed sobą dziecko niemówiące z przytępionym słuchem tylko.

Jeżeli nawet przyjmiemy, że przerost migdałka gardłowego, względnie zmiany w uchu środkowem przez niego wywołane — (o zmianach w nerwie lub mózgu mowy niema), — mogą być wyjątkowo przyczyną głuchoniemoty, to stanowisko, by w każdym przypadku głuchoniemoty przerosły migdałek gardłowy wyjmować, jest niedopuszczalne.

Na zasadzie obecnych wiadomości wiemy, kiedy wyjęcie przerosłego migdałka się przyda lub może się przydać; dlaczegoż tylko wobec głuchoniemego mamy zapominać o tych wiadomościach i operować zawsze, czy przerosły migdałek przeszkadza, czy nie? Byłoby to leczenie bez wskazań. Dla głuchoniemego muszą pozostać te same wskazania do operowania, co i dla niegłuchoniemego. Jeżeli, badając głuchoniemego, stwierdzimy zmiany w uchu środkowem, to wyjmiemy migdałek, żeby usunąć te zmiany, a jeżelibyśmy szczęśliwym trafem otrzymali poprawę słuchu — tem lepiej; sądzę jednak, że nikt nie będzie operować wtedy, kiedy rozpozna, że głuchoniemy ucho środkowe ma zdrowe, że tym sposobem jest wykluczone, żeby ta część narządu słuchu mogła przyczynić się do powstania głuchoniemoty. Czyż wyjęcie przerosłego migdałka gardłowego wpłynie na wadę rozwojową ucha wewnętrznego, na zmiany w nerwie i ośrodkach mózgowych? A przecież te zmiany, nie inne, podaje nam anatomia patologiczna jako jedyną, a jeżeli chcemy być ostrożni, jako prawie jedyną przyczynę głuchoniemoty. Po cóż operować takie przypadki, jeżeli tylko w uchu środkowem niema zmian, zależnych od przerosłego migdałka?

Propozycya, by migdałek gardłowy usuwać w każdym przypadku głuchoniemoty, przypomina mi inną propozycyę, zrobioną już dawniej, ażeby wycinać przerosły migdałek gardłowy zawsze, gdyż może on być punktem zakażenia gruźlicą; propozycya ta nie utrzymała się. A przecież tutaj są bodaj pozory słuszności, bo nie możemy odróżnić, który i kiedy przerosły migdałek gardłowy może przyczynić się do zakażenia gruźlicą. A tutaj, gdzie wiemy, kiedy wywołuje zmiany przerosły migdałek gardłowy w narządzie słuchu, gdzie wiemy, kiedy jest on szkodliwy dla narządu słuchu, mamyż operować zawsze bez względu na to, czy wywołał on zmiany w narządzie słuchu, czy nie? Stanowisko takie możliwem było w tych razach, kiedyśmy o głuchoniemocie wiedzieli tyle, że głuchoniemy »nie słyszy« i »nie mówi«. Wtedy częstość przerostu migdałka gardłowego u głuchoniemych, ogłoszone przypadki «wyleczenia« głuchoniemoty, mogłyby nas doprowadzić do takiego wniosku, i wniosek byłby usprawiedliwiony; ale nigdy w czasach obecnych. Obecnie musi obowiązywać zasada: operujmy tam, gdzie trzeba, t. j. tylko tam, gdzie przerosły migdałek gardłowy daje objawy; tam, gdzie on zmian nie wywołuje, zostawmy go w spokoju, inaczej byłoby to operowanie dla operacyi.

Kilka słów z powodu artykułu Dra Zalewskiego: W sprawie operacyi przerosłego migdałka gardłowego przy głuchoniemocie.

Skreślił

Dr Jan Sędziak (Warszawa).

W artykule powyższym, noszącym od początku do końca cechy polemiczne, Dr Zalewski usiłuje zwalczać pogląd mój, wyrażony w odczycie »O t. zw. wyroślach gruczołowatych w jamie nosowo-gardłowej na podstawie przeszło 1000 dokonanych operacyi«, jaki wygłosiłem na ostatnim Zjeździe lwowskim,—pogląd, dotyczący związku przyczynowego między przerosłym migdałkiem gardłowym z jednej, a głuchoniemotą z drugiej strony.

Że dowodzenie jego nie jest oparte na podstawach naukowych i jako takie nie wytrzymuje krytyki, postaram się udowodnić w niniejszej odpowiedzi.

Do ostatnich niemal czasów zbyt mało zwracano uwagi na stosunek przerosłego migdałka gardłowego, czyli t. zw. wyrośli gruczołowatych w jamie nosowo-gardłowej do głuchoniemoty. I dlatego to za wielką zasługę należy poczytać prof. Gradenigo z Turynu, że w znakomitej swej monografii o przerosłym migdałku gardłowym (Die Hypertrophie der Rachentonsille — 1901) poświęcił tej niezmiernie ważnej sprawie cały rozdział, wykazując niezbicie na podstawie naukowej, że pomiędzy obiema temi sprawami zachodzi ścisły związek przyczynowy.

Bardzo słusznie, zdaniem mojem, autor ten zwraca uwagę, że »schon die einfache Betrachtung des grossen Werthes, welchen die Hyperplasie dieser Tonsille bei der Hervorbringung schwerer Ohrleiden bei kleinen Kindern hat, lässt erkennen, dass die Taubstummheit, welche in vielen Fällen nichts anderes ist, als hochgradige Taubheit, die in den ersten Lebensjahren aufgetreten ist, eng an das Vorhandensein der Rachenhyperplasie gebunden sein kann«.

Trudno chyba nie przyznać słuszności powyższemu poglądowi, który należy uważać za miarodajny w danej sprawie. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, z czem zgadzają się najwybitniejsi specyaliści zarówno chorób usznych, jakoteż i gardła, że przerost migdałka gardłowego zdarza się przy głuchoniemocie niezmiernie często. Większość autorów, zajmujących się specyalnie tą sprawą, podaje liczby wprost uderzające, np. przytaczany wielokrotnie przez Zalewskiego Urbantschitsch (88,5%!), Aldrich 73%, Hellat 64%, Poisson i Frankenberger po 59,5%, Wróblewski 57,5%, Gradenigo 50% i t. d.

Co za ogromna różnica w porównaniu z częstością tego cierpienia wogóle (najwyższa liczba 9,5% — mianowicie w mojej statystyce)! Czyż nie powinna ona przekonać każdego nieuprzedzonego lekarza, że wszak tu o zwykłej koincydencyi i mowy być nie może, że musi bezwarunkowo istnieć między temi sprawami jakiś bliższy związek przyczynowy?

Że niektórzy autorowie, na co Zalewski kładzie taki nacisk, podają mniejsze liczby, to prawdopodobnie zależy od tego, że nie brali oni w rachubę mniejszych przerostów migdałka gardłowego wzgl. bocznych, które wszak również mogą wywierać wpływ ujemny na sprawy uszne wzgl. głuchoniemotę. Zresztą i te nawet liczby, jakkolwiek, zdaniem mojem, nie odpowiadają istotnemu stanowi rzeczy, są jeszcze wyższe od tych, jakie podawali różni autorowie dla wykazania częstości wogóle tego cierpienia.

Nie ulega więc najmniejszej wątpliwości, wbrew twierdzeniu przeciwnemu Zalewskiego, że między przerostem migdałka gardłowego z jednej strony, a głuchoniemotą z drugiej, istnieje niewątpliwy związek przyczynowy.

Jakiego rodzaju jest ten związek?

Przedewszystkiem istnieje niewątpliwie pewna, zdaniem mojem stosunkowo znaczna liczba przypadków (czego

zresztą z góry można się było spodziewać, mając na uwadze wyżej przytoczone liczby, dowodzące niezwykłej częstości tego cierpienia przy głuchoniemocie), w których związek ten jest bezpośredni — przyczynowy, w tem mianowicie znaczeniu, że dziecko, rodząc się z wyroślami gruczołowatemi, a co jest możliwe, jak o tem świadczą przypadki Thosta, Fraenkla, Jaworskiego, oraz moje, lub też nabywszy tego stanu po pewnym czasie, traci słuch w następstwie spraw nieżytowych lub ropnych w uchu środkowem, a co za tem idzie, nie może nauczyć się mówić, lub też zapomina to, czego już się zdążyło nauczyć. Że to jest możliwe, dowodzą nieliczne wprawdzie, jednak niewątpliwe, przez wiarogodnych autorów podane przypadki wyleczenia głuchoniemoty po usunięciu operacyjnem przerosłego migdałka. Są to mianowicie, o ile mi z dostępnego mi piśmiennictwa wiadomo, 2 przypadki Arslana, 3 Cassiani Inganiego, jeden Couetonxa, jeden mój, wreszcie 2 Gradeniga. Zalewski utrzymuje nawet (nie przytaczając niestety autorów), że jest ich więcej, co przemawiałoby tembardziej za słusznością mojego poglądu. Ja jestem również przekonany, że przypadki takie zdarzają się o wiele częściej, aniżeli się to przypuszcza, z różnych jednakże względów nie są one niestety do wiadomości ogólnej podawane, na czem, rzecz prosta, tylko traci sprawa tak ważna, jaką jest niewątpliwie sprawa stosunku wzajemnego obu tych cierpień.

Tak czy owak, w tej grupie przypadków głuchoniemoty t. j. przy istniejących zmianach w uchu środkowem, zależnych od obecności wyrośli gruczołowatych w jamie nosowo-gardłowej, obowiązkiem naszym jest usuwać te wyrośle na drodze operacyjnej i to jak najwcześniej, jako niewątpliwą w tych razach przyczynę bezpośrednią głuchoniemoty.

Drugą według Gradeniga grupę przypadków stanowią te, w których przerost migdałka gardłowego jest również przyczyną głuchoniemoty, lecz tylko pośrednią. Wiadomo powszechnie, że wskutek obecności wyrośli gruczołowatych w jamie nosowo-gardłowej, wywołujących mniejszą lub większą niedrożność nosa, sprawy zakaźne ogólne, zwłaszcza ostre wysypki u dzieci, sprawy ustrojowe, wreszcie miejscowe sprawy zakaźne, zwłaszcza te, jakie toczą się w uchu wewnętrznem o przebiegu powolnym z objawami wrodzonego przymiotu i gruźlicy, mogą przebiegać gorzej wskutek wadliwego przewietrzania jamy bębenkowej, oraz zapalnych zmian obocznych, jakie się w jamie bębenkowej w następstwie przerostu migdałka gardłowego rozwijać mogą.

I w tej również kategoryi przypadków można się spodziewać według Gradeniga pomyślnego wpływu na głuchoniemotę po usunięciu wyrośli gruczołowatych z jamy nosowo-gardłowej.

Wreszcie trzecia i ostatnia grupa, którą Zalewski wyłącznie tylko przyjmuje, niesłusznie zresztą, jak to powyżej wykazałem, obejmuje przypadki głuchoniemoty z zajęciem ucha wewnętrznego, oraz przerostem migdałka gardłowego, lub też całego t. zw. pierścienia chłonnego Waldeyera, t. j. migdałków podniebiennych, oraz językowego. W przypadkach tych rzeczywiście trudno przypuścić związek przyczynowy, zwłaszcza bezpośredni, między głuchoniemotą, a tymi przerostami. Natomiast obie te sprawy mają jedną i tę samą przyczynę wspólną, a więc wrodzone wady rozwojowe, lub sprawy ogólne ustrojowe, jak zołzy, przymiot, oraz gruźlica (wrodzona). W przypadkach tych, rzecz prosta, nie można się spodziewać jakiegoś wybitniejszego wpływu pomyślnego na głuchoniemotę po operacyi przerosłego migdałka gardłowego, jakkolwiek w jednym z 3 wyżej wymienionych przypadków Cassiani Inganiego (głuchoniemota pochodzenia ośrodkowego w związku z zaburzeniami ogólnemi ustroju) nastąpiło również wyleczenie. W przypadkach tej ostatniej kategoryi Urbantschitsch również nie widywał skutku po tej operacyi, którą zresztą stosuje bardzo często (w $^1/_4$ wszystkich przypadków) w głuchoniemocie, przyczem, jak to Zalewski sam zaznacza w swoim artykule, operacya przerosłego migdałka gardłowego wywierała zawsze w tych razach wpływ dodatni na inne objawy, czyli innemi słowy — operacya ta nie tylko chorym nie przyniosła szkody, lecz nawet z pewnym dla nich pożytkiem była połączona.

Chciałbym tu jeszcze poruszyć sprawę ogólniejszego znaczenia, mianowicie wskazań do operacyi przerosłego migdałka gardłowego wogóle, w czem również różnimy się z Zalewskim zasadniczo. W sprawie tej już kilkakrotnie głos zabierałem, przyczem zawsze dowodziłem i dowodzić nie przestanę, że skoro tylko stwierdziliśmy u dziecka obecność wyrośli gruczołowatych w jamie nosowo-gardłowej, zwłaszcza obfitszych, należy, niezależnie od tego, czy są lub nie wyraźniejsze objawy, bezzwłocznie przystąpić do operacyi, gdyż w ten tylko sposób możemy uniknąć na przyszłość groźnych niekiedy zaburzeń, przedewszystkiem ze strony narządu słuchowego (według Meyera i Hartmanna w 74%), jakoteż w sferze intellektualnej (według Karutza i Brühla w 70 — do 75% przypadków istniał u idyotów przerost migdałka gardłowego — w 43% moich przypadków spostrzegłem stan, zwany: *aprosexia nasalis)*.

Jednem słowem ja kładę nacisk na leczenie zapobiegawcze — najwłaściwsze przy dzisiejszym stanie nauki: wszak dziś głównem zadaniem lekarza powinno być nie tylko zwalczać istniejące już stany chorobowe, ale także im zapobiegać.

To, co Zalewki wspomina o zanikaniu przerosłego migdałka gardłowego u dorosłych, jest faktem ogólnie znanym, dotyczącym całego t. zw. pierścienia chłonnego gardła, a więc i migdałków podniebiennych, oraz językowego. Czyż jednakże z usuwaniem tych ostatnich będziemy zwlekać, wyczekując ich zaniku w wieku późniejszym, a tymczasem narażając dziecko na różnorodne powikłania, niekiedy wprost życiu jego grożące? Toż samo *mutatis mutandis*, a nawet w większym jeszcze stopniu tyczy się przerosłego migdałka gardłowego, który wskutek swojej siedziby wywołać może zaburzenia o wiele poważniejsze, zwłaszcza ze strony narządu słuchowego, a których uniknąćby można przez wczesną operacyę zapobiegawczą.

Wracając do mojego poglądu, który dał powód do niniejszej polemiki, a który brzmi »wobec powyższego sądzę, że należy w każdym przypadku głuchoniemoty zastosować leczenie operacyjne wyrośli gruczołowatych, przyczem kto wie, czy przez wczesne operowanie tych ostatnich nie zdołamy uprzedzić występowania ewent. głuchoniemoty«, muszę tu z przyjemnością zaznaczyć, że pogląd ten, wypowiedziany przezemnie jeszcze przed laty 10 w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem w odczycie moim »O wynikach leczenia operacyjnego t. zw. wyrośli adenoidalnych w jamie nosowo-gardłowej« [1]), znalazł zwolennika w osobie jednego z najpierwszych, jeżeli nie najpierwszego obecnie znawcy chorób usznych, wyżej wspomnianego Prof. Gradeniga z Turynu, jak to zresztą przekonać się można z następujących jego słów (str. 320 l. c.): »Da es in der Praxis sehr schwer und oft unmöglich ist, zu beurteilen, mit welcher der drei angegebenen Kategorien wir es bei einem vorhandenen taubstummen Kinde zu thun haben, so folgt daraus die Regel, dass bei einem Kinde, das taubstumm erscheint und eine hyperplastische Rachentonsille zeigt, die Abtragung dieser Tonsille zweckmässig ist« [2]).

---

[1]) Gazeta lekarska, 1897, oraz Archiv für Laryng, 1898.
[2]) Na tem Redakcya »Przeglądu« polemikę w tej sprawie zamyka.

Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Resekcya kątnicy.

Zarys techniki operacyjnej.

Podał

Dr Z. Radliński.

(Ciąg dalszy)

Co do raka, to naturalnie zupełnie nie możemy wpłynąć na przebieg sprawy nowotworowej. Nie możemy również wyłączyć zatrucia ustroju swoistymi jadami rakowymi, natomiast możemy w znacznym stopniu ograniczyć sprawę rozpadową i wessanie produktów gnicia i doprowadzić do zmniejszenia wtórnie do raka się do łączający naciek zapalny. W rzadkich przypadkach może się wskutek tego zdarzyć, że niedopuszczający na razie myśli o zabiegu doszczętnym guz rakowy, po zabiegu łagodzącym po niejakim czasie zmaleje i uruchomi się, a jednocześnie stan chorego, częściowo zwolnionego od zatrucia, poprawi się o tyle, że wtórnie na wyłuszczenie guza się zdecydujemy. Przeważnie zabieg łagodzący będziemy zmuszeni wykonać w przypadkach zupełnie beznadziejnych. Schloffer na podstawie swego materyału dochodzi do wniosku, że zabiegów łagodzących przy raku, o ile nie ma wybitnych objawów zwężenia, należy wogóle zaniechać, ponieważ one wcale nie przedłużają życia choremu. Nam się zdaje, że już otworzywszy jamę brzuszną, a nie mogąc guza usunąć, powinniśmy, nawet jeżeli na razie nie ma objawów zwężenia, zapobiedz możliwemu z dnia na dzień ich powstaniu przez wytworzenie conajmniej drogi okolnej (enteroanastomozy).

Wyłączenie kątnicy może być wykonane dwustronne i jednostronne. Robiąc dwustronne wyłączenie przerwiemy sposobem, podanym przy resekcyi, ciągłość pętli doprowadzającej i odprowadzającej; końce odcinków zaopatrzymy, jak po resekcyi, poczem nastąpi, również jak tam połączenie (enteroanastomoza).

Sprawa postępowania z końcami pętli wyłączonej stanowiła przez szereg lat zagadnienie sporne. Gdy jedni chirurgowie uważali za możliwe zaszywanie ich na ślepo (Bar ącz, Obaliński) i otrzymywali nawet pomyślne niekiedy wyniki stosując to postępowanie, inni, i tych jest znaczna większość (np. ten sam Obaliński później, Körte, Schloffer) uważają za konieczne przynajmniej jeden koniec jelita wyłączonego pozostawić otworem.

Nawet przy zupełnie zdrowem jelicie nie można liczyć na to, że wydzielina śluzówki będzie się w równej ilości wytwarzała i wchłaniała; przy jelicie zmienionem w jakikolwiek sposób należy wobec wzmożonego wytwarzania się wydzieliny i upośledzonego wchłaniania przewidywać tem większą przewagę wydzielania. Po dwustronnem zamknięciu światła pętli wyłączonej wywoła to jej pęknięcie. Oba końce zaszyć na ślepo będzie można tylko wtedy, jeżeli pętla wyłączona jest połączona z powierzchnią skóry zapomocą przetoki, przez którą może wydzielać swą treść; w przeciwnym razie przynajmniej jeden koniec otwarty należy umocować przy brzegu rany brzusznej.

Wyłączenie jednostronne polega na tem, że przerywamy ciągłość tylko jednej z pętli jelitowych, łączących część zmienioną z resztą jelit, a mianowicie w zasadzie pętlę doprowadzającą.

Zaszywszy na ślepo koniec, wiodący do guza, drugi koniec przeciętej pętli łączymy z jelitem, idącem od guza zapomocą wszczepienia bocznego, lub, lepiej, bocznego połączenia (entoroanastomozy).

W zasadzie, jak wspomniałem, do przecięcia należałoby wybrać odcinek odprowadzający, a to dla tego, że jednym z celów wyłączenia jest niedopuszczenie treści jelitowej do odcinka zmienionego. Gdybyśmy przecięli pętlę, idącą od guza, zaszyli ją na ślepo i połączyli z pętlą doprowadzającą jej koniec odśrodkowy, to wtedy treść jelitowa szłaby drogą zwykłą przez guz aż do końca zaszytego, wypełniłaby odcinek chory i do otworu połączenia sztucznego (anastomozy) zaczęłaby uchodzić dopiero wtedy, gdy w wyłączonym odcinku powstanie pewne ciśnienie, zmuszające płyn do szukania ujścia na bok. Zresztą nawet przecinając doprowadzający odcinek, nie osiągamy zupełnego wyłączenia zmienionej pętli z pod wpływu treści, ponieważ pozostaje możność powrotnego zaciekania zawartości z pętli doprowadzającej do części wyłączonej. Przekonywa o tem to, że o ile z pętli w ten sposób wyłączonej prowadziła na zewnątrz przetoka kałowa, po operacyi charakter wydzieliny tej przetoki może pozostać kałowym (Körte). Z drugiej strony sam zabieg prawie nie jest mniejszym od wyłączenia dwustronnego.

W klinice krakowskiej metody wyłączenia nie są stosowane, ponieważ sam zabieg nie jest o wiele lżejszy od resekcyi, a zysków nie daje. Prof. Kader w jednym przypadku jednostronnego wyłączenia widział zejście śmiertelne wskutek pęknięcia pętli wyłączonej między ślepym końcem a guzem w następstwie nagromadzenia się wydzieliny w parę miesięcy po operacyi wyłączenia.

Enteroanastomoza sama przez się naturalnie nie stanowi wyłączenia zupełnego. Po za rozważaniem teoretycznem dowodzą tego przypadki (Körtego i inne przytoczone u Brunnera), w których wydzielina przetoki po enteroanastomozie pozostała kałową. Na korzyść jednak zespolenia okolnego przemawia prostota i szybkość jego wykonania i prócz tego klinicznie stwierdzona okoliczność, że chociaż nie jest wyłączeniem zupełnem, to jednak w skutkach często bywa jemu równe. Objaśnienie znaleść chyba można w tem, że po wytworzeniu drogi okolnej dla treści, sprawa chorobowa ma możność swobodnego szerzenia się ku wnętrzu jelita i odcinek chory, nie musząc przepuszczać treści jelitowej, staje się stopniowo przez sprawę chorobową niedrożny lub prawie niedrożny. Po wytworzeniu się takiej niedrożności w zmienionym odcinku jelita następuje zupełny spokój, brak przepływu drażniącej treści i brak ruchów robaczkowych, czyli warunki, do których dążymy przy wytwarzaniu wyłączenia zupełnego. Pozorna sprzeczność, jakaby wynikała pomiędzy tem objaśnieniem, a wspomnianem zachowaniem się przetoki kałowej po połączeniu jelit ustaje, jeżeli początek takiej uporczywej przetoki w jelicie wyobrazimy sobie na granicy między odcinkiem zdrowym doprowadzającym a zmienionym.

Jak wspomniałem wyżej, może się zdarzyć, że chory z guzem kątnicy dostanie się do chirurga dopiero z objawami silnego zwężenia lub zupełnej niedrożności jelit. W tym stanie nawet ogólnikowe rozpoznanie miejsca zwężenia lub zamknięcia światła spotkać się może z poważnemi trudnościami, wynikającemi z rozdęcia jelit i napięcia

ściany brzusznej. Rozpoznanie będzie możliwe nieraz dopiero po dokonaniu cięcia brzusznego. Ponieważ objawy zwężenia lub niedrożności mogą przy guzie kątnicy nie występować wogóle lub bardzo późno, zarówno, jak i wystąpić w okresie wczesnym, zupełnie nadającym się do operacyi doszczętnej, możemy w tym ostatnim przypadku stanąć wobec pokusy dokonania doraźnej resekcyi. Wyżej wymieniłem (pt. przeciwskazania) powody, dla których w tym razie należy się ograniczyć niekiedy tylko do utworzenia odbytu sztucznego.

Odbyt sztuczny, utworzony na jelicie biodrowem, zawierającem treść płynną, sposobem, podobnym do utworzenia przetoki żołądka według Kadera, pełni swą czynność dobrze, a dla chorego jest stosunkowo mało uciążliwy, wywołując zanieczyszczenie skóry i otoczenia w stopniu stosunkowo najmniejszym.

W pętli, obranej do utworzenia odbytu sztucznego, robi Prof. Kader mały otworek i wprowadza do pętli doprowadzającej cienki (7—10 mm) sączek gumowy z powycinanemi okienkami na głębokość 10—15 cm. Dokoła sączka zakłada się jedwabny szew kapciuchowy, przy którego zaciąganiu otwór przepuszczający sączek wpukla się do światła jelita tak, iż przypada na wierzchołku cypla, wpuklonego do jelita przez zaciągnięcie kapciucha. Nad szwem kapciuchowym zakłada się po obu stronach sączka po dwa szwy typu Lemberta, które opisany kikut wpuklają jeszcze głębiej do jelita, przez wytworzenie fałdu na ścianie jelita i fałd ten wytwarza się w kierunku poprzecznym względem osi jelita. Pętlę, w ten sposób zaopatrzoną, zginamy tak, aby wyjście sączka ze szczeliny na powierzchnię jelita przypadało na jej wierzchołku i umocowujemy paru szwami w ranie brzusznej, zaszytej aż do pętli w ten sposób, by jelitowy przyczep krezki był na 1—2 cm. ponad poziomem otrzewnej ściennej.

Po przeminięciu ostrych objawów, o ile warunki guza na to pozwalają, wskazanem będzie jego wyłuszczenie po 1—2 tygodniach po pierwszym zabiegu.

Jeżeli w przypadku guza kątnicy, technicznie nadającym się do resekcyi, ale operowanym w okresie ostrej niedrożności, wypadnie utworzyć odbyt sztuczny, radziłbym liczyć się z warunkami uplanowanego na później zabiegu doszczętnego. Mianowicie, o ile wykonano cięcie brzuszne rozpoznawcze pośrodkowe, nie należy go użyć do utworzenia odbytu, ale zrobić małe nacięcie ściany brzusznej po nad dołem biodrowym prawym i tam odbyt utworzyć. Cięcie pierwotne zaszyjemy zupełnie. Dalej należy oględnie wybierać na jelicie biodrowem miejsce, przeznaczone na utworzenie odbytu i nie tworzyć go, jak to bywa, na wypukłającej się do rany pętli rozdętej, gdziebądź, aby prędzej, ale wyszukać pętlę, blisko do guza podchodzącą. Uwzględnienie wymienionych okoliczności pozwoli przy późniejszym zabiegu doszczętnym usunąć guz wraz z odbytem sztucznym. Utworzenie odbytu w linii środkowej zmusiłoby przy zabiegu doszczętnym do zbyt rozległego cięcia ściany brzusznej po za linię środkową po przez mięśnie proste w celu udostępnienia guza. Pozostawienie zaś po resekcyi kątnicy odbytu sztucznego poprzednio założonego, może czasem zmusić do pozostawienia go na zawsze, ponieważ wytworzone poniżej przy resekcyi połączenie jelit czy to przez enteroanastomozę, czy też w inny sposób, będąc nieczynne, ulega, jak wiadomo, zwężeniu, o którego stopniu przed przystąpieniem do wtórnego zamknięcia odbytu sztucznego nie podobna się przekonać i ocenić go, a przecież byłoby to niezbędne. Tego rodzaju zwężeniu zapobiedz może w znacznym stopniu stosowana przez Prof. Kadera bardzo szeroka (5 ctm.) enteroanastomoza.

To co mówiłem tu o zamknięciu odbytu sztucznego, nie odnosi się do odbytu, wytworzonego sposobem Kadera. Odbyt ten wskutek ściągania się umocowanej pętli z powrotem do jamy brzusznej, stopniowo przechodzi w przetokę kałową, której znów zupełnie nie potrzeba osobno zamykać, ponieważ dzięki szerokiemu przyleganiu błon surowiczych w obrębie wpuklonego fałdu, po usunięciu sączka, szybko sama się zamyka. Że fałd wpuklony nie wywołuje zwężenia jelita, o tem, po za doświadczeniem klinicznem, świadczą odlewy gipsowe światła jelita w miejscu przetoki, które posiada Prof. Kader.

Jeżeli operujemy w okresie już powstałego na tle niedrożności bezwładu jelit, nie będziemy się mogli obejść bez utworzenia przetoki kałowej. Wypadnie mianowicie utworzyć jeden lub nawet parę dodatkowych upustów dla trującej treści jelitowej w postaci przetoki sztucznej jelita, oprócz założonego w zwykły sposób odbytu sztucznego. Zresztą nie zaliczam utworzenia przetoki kałowej do rzędu metod łagodzących przy guzach kątnicy, jak to robiono dawniej, ponieważ ona nie usuwa zmienionego odcinka z pod wpływu krążenia kału, co natomiast sprawia odbyt sztuczny, stanowiąc pewien, co prawda najpośledniejszy, rodzaj wyłączenia[1]).

Sposoby wieloczasowe.

Chcąc w sprawie resekcyi kątnicy podać pewną zaokrągloną całość, nie mogę pominąć choćby krótkiego opisu t. zw. sposobów wieloczasowych, które względem dawnego sposobu jednoczasowego stanowią taki sam postęp, jak względem nich samych opisana przezemnie metoda.

Pierwszy zaproponował sposób wieloczasowy Bloch (1892). Resekował on następczo jelito, wyłonione przy pierwszym zabiegu i pozostające w związku z krezką. Dalej Müller opisał w r. 1896 przypadek guza gruźliczego, który operował dwuczasowo i przytem pozaotrzewnie. Uruchomiwszy guz po nacięciu otrzewnej na zewnętrznym brzegu okrężnicy wstępującej, wydobył go z jamy brzusznej i krezkę przyszył do wewnętrznego brzegu rany operacyjnej. Po 6 dniach resekował wyłonione[2]) jelito, zeszył końce i pogrążył je w jamie, oddzielonej od wolnej jamy otrzewnej przez krezkę okrężnicy wstępującej. Tamponada rany; przebieg pomyślny. Sposób Blocha i Müllera daje się zastosować w tych przypadkach, w których w krezce okrężnicy nie ma powiększonych gruczołów chłonnych. Dla tych przypadków, w których gruczoły również uległy chorobie zaproponował Mikulicz sposób wielocza-

[1]) Zaznaczę tutaj, że o ile pomiędzy zakładaniem przetoki kałowej sposobem zwykłym, a odbytem sztucznym metodą np. Maydla lub Schinzingera zachodzą poważniejsze różnice techniczne, o tyle oba te zabiegi w sposobie Kadera kształtują się prawie jednakowo. Jedyna różnica polega na tem, czy pętlę z sączkiem umocujemy w ranie na poziomie otrzewny ściennej (przetoka), czy też wyciągnąwszy ją cokolwiek po nad poziom rany brzusznej (odbyt).

[2]) Proponuję pojęcia, oznaczane po łacinie: antepositio, po niemiecku: Vorlagerung, wyrażać pochodnemi czasownika *wyłonić*.

sowy z planem następującym: zupełne uruchomienie i oddzielenie od krezki jelita chorego wraz z zajętymi gruczołami, wszycie do rany brzusznej obu pętli jelitowych, łączących odcinek chory z pozostałymi; zapomocą szwu zapewnia się równoległe ułożenie obu pętli. Na tem pierwszy zabieg się kończy. Tegoż dnia lub nazajutrz następuje odcięcie jelita wyłonionego po nad poziomem skóry i wytworzenie w ten sposób odbytu sztucznego. Po 10–14 dniach zaczyna się przerobienie odbytu sztucznego na przetokę kałową przy pomocy kentrotrybu. Ostatni akt stanowi zamknięcie przetoki kałowej.

Jeszcze inny typ operacyi wieloczasowej podał Schloffer (1903) dla jelita grubego. Pierwszy akt stanowi utworzenie odbytu sztucznego; po kilku lub kilkunastu dniach następuje wyłuszczenie guza. Schloffer uważa za bardzo ważną i pomyślną okoliczność, że operuje się wtedy na elicie, nic zawierającem kału. Po resekcyi doraźne zeszycie końców jelita w zasadzie osiowe (*end to end*). Po niejakim czasie następuje zamknięcie utworzonego poprzednio odbytu sztucznego, przedtem trzeba się jednak zawsze przekonać, czy na miejscu szwu jelitowego nie nastąpiło zwężenie. W tym celu wprowadza Schloffer do odżołądkowego otworu odbytu długi, stopniowo grubiejący (stożkowaty) sączek gumowy w kierunku odbytnicy i dopiero wydostawszy go przez odbytnicę, a więc wyłączywszy zwężenie, uważa za dozwolone zamknięcie odbytu sztucznego. Sposób ten, jak zresztą zaznacza sam autor, do resekcyi kątnicy chyba się nie nada z powodu jej znacznej odległości od odbytnicy i wynikającej stąd trudności lub nawet niemożliwości przekonania się o stanie zespolenia poresekcyjnego.

Po za temi z góry i planowo wieloczasowemi metodami operacyjnemi w poszczególnym przypadku, jak wspomniałem wyżej, w wieloczasowy zabieg ukształtować się może leczenie, przedsięwzięte na razie w postaci jednego z opisanych wyżej sposobów łagodzących. W przypadkach tych następowe zmniejszenie się i uruchomienie guza, poprawa stanu ogólnego chorego, może wywołać i usprawiedliwić zamiar wyłuszczenia guza wtórnie. Do takiego wieloczasowego zabiegu mogą nakłonić nawet zasadniczych zwolenników postępowania jednoczasowego warunki danego przypadku.

Zestawię raz jeszcze powody, dla których jesteśmy zwolennikami jednoczasowego operowania guzów kątnicy. A więc — znieczulenie lędźwiowe. Po jego zastosowaniu następuje zawsze trwający 1—1$^1/_2$ godziny okres znieczulenia; na jego długość niema wpływu to, czy operuje się, czy nie. Nie ma tu tego, że z każdą minutą i z każdą kroplą środka usypiającego pogłębiamy zatrucie ustroju. Dalej samo wyłuszczenie guza, najcięższy okres zabiegu musi przy sposobie jednoczasowym i wieloczasowym być dokonany jednorazowo, a po dokonaniu tego pozostają już tylko zabiegi zupełnie proste, szybkie i w dodatku niebolesne jak enteroanastomoza i zaopatrzenie końców jelit. Niebolesność tej części zabiegu zaznaczam dla tego, że może ona właśnie przypaść na okres kończącego się znieczulenia. Pozostaje tamponada i szew częściowy rany. To zakończenie zabiegu może być bardzo przykre dla chorego w razie ustąpienia znieczulenia, prawie zawsze wystarczy tu jednak wstrzyknięcie morfiny. Zabieg jest skończony, pozostaje tylko okres gojenia się.

Prof. Kader nie widzi powodu, któryby przy takiem postępowaniu miał zasadniczo zmuszać do przerwania operacyi przed końcem, innemi słowy, wywołać przejście do sposobu wieloczasowego.

Pozostawiając choremu odbyt sztuczny przy metodach wieloczasowych, wystawiamy go, pomijając już wogóle pożałowania godny stan człowieka z odbytem sztucznym na jelicie biodrowem, na konieczność zamykania odbytu. Dobrze, o ile gładko się uda zastosowanie kentrotrybu, tego nam nie zapewnia jednak w zupełności nawet umocowanie równoległe pętli odbytowych zapomocą szwu (2 przyp. śmierci z zapal. otrzewnej — Anschütz). Przypuśćmy jednak, zupełnie słusznie co do większości przypadków, że odbyt przez zmiażdżenie ostrogi pomyślnie zamienimy na przetokę kałową: pozostaje jej zamknięcie. O ile wyłączymy z szeregu zabiegów »normalnych« nieraz stosowane powierzchowne odświeżenie brzegów przetoki i zaszycie w nadziei, że »może się zrośnie«, to przecież zabiegu typowego z dokładnem udostępnieniem sobie ścian jelita dla szwu, z możliwością otworzenia wolnej otrzewnej w warunkach z góry niepomyślnych, z koniecznością nieraz plastyki skórnej, nie możemy uważać za obojętny, i uważać chorego, który go przejść musi, za już uleczonego.

(Dok. nast.)

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

J. Comby. **Odczyn oczny tuberkulinowy w klinice dziecięcej na podstawie 300 spostrzeżeń.** (*Bull. méd.* 1907, Nr 90). Autor na podstawie swoich badań poleca odczyn Calmettea jako bezwzględnie pewny. Gdzie nie było odczynu za życia, tam nigdy na sekcyi, o ile dziecię zmarło, nie stwierdzano żadnych śladów gruźlicy; gdzie zaś odczyn był dodatni, zawsze albo przebieg choroby, albo badanie pośmiertne dowiodło, że ustrój był zakażony gruźlicą. C. poleca do badań u dzieci rozczyn 1 na 200, a nie 1 na 100, jaki polecił Calmette, i jaki bywa stosowany u dorosłych. Rozczyn bowiem silniejszy w dwóch przypadkach na 24 wywołał odczyn bardzo ciężki, zaś słabszy, stosowany u 276 dzieci, ani razu gwałtowniejszych zaburzeń miejscowych nie wywołał. *Stahr.*

F. de Lapersonne. **Czy odczyn oczny tuberkulinowy jest dla oka samego niebezpiecznym?** (*Presse méd.* 1907, 99). Autor, okulista, zajmuje się sprawą odczynu ocznego ze swojego punktu widzenia i na podstawie sumiennej i bezstronnej oceny przypadków, które sam spostrzegał, dochodzi do wniosku, że w stosunku do olbrzymiej ilości dodatnich odczynów, dotąd wykonanych, ilość nieszczęśliwych przypadków i powikłań, z odczynu wynikłych, stanowi nieznaczny bardzo stosunek. Powikłania zdarzały się w postaci wrzodziejącego zapalenia rogówki, przechodzącego czasem na twardówkę; zjawianie się powikłań ułatwiały już poprzednio istniejące zmiany na rogówce. Powikłania nie zawsze zjawiały się po odczynie gwałtownym, lecz raczej po odczynach powolnych i późnych. Bystrość wzroku prawie nigdy poważnie nie ucierpiała. Tylko dwa razy zdarzyły się poważniejsze powikłania śródoczne z zajęciem tęczówki i ciałka rzęskowego. Tyczyło się to raz 45-letniej kobiety z wysokiem krótkowidztwem, a drugi raz 46-letniego chorego, który miał dawne zmiany na tęczówkach. L. stwierdza przeto, że odczyn oczny nie przedstawia dla oka zazwyczaj żadnego niebezpieczeństwa, jednakże doradza zachować następujące ostrożności: 1) Przed odczynem dokładnie zbadać oczy chorego. 2) Odczyn powinien być w okulistyce ograniczony. Nie należy go stosować dla rozpoznania cierpień samej gałki ocznej, czy to powierzchownych, czy głębokich, a można go używać tylko dla rozpoznawania chorób przydatków, powiek, dróg łzowych i oczodołu. 3) U osób wiekowych lepiej tego odczynu nie stosować. Odczyn i tak bywa w późnym wieku zwykle nie bardzo czuły, a jeśli się wydarzy jakie powikłanie, to goi się ono znacznie trudniej. *Stahr.*

Kraus, Lusenberger, Russ. **Czy odczyn spojówkowy Chantemessea nadaje się do rozpoznawania duru brzusznego** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, 45). Chantemesse strąca rozpuszczalną toksynę durową wyskokiem, a strąt rozpuszcza w wodzie w stosunku 0·00002 na 1 kroplę; tę ilość wkrapla na spojówkę chorych na dur brzuszny, u których po 6—12 godzinach powstaje zaczerwienienie spojówki, obrzęk i łzawienie. Ponieważ ludzie zdrowi oddziaływają na tę próbę bardzo słabo i krótko, radzi Chantemesse używać jej do wczesnego rozpoznania duru. Autorowie, chcąc sprawdzić wyniki, podane przez Chantemessea, sporządzili toksynę durową, która wstrzyknięta królikom śródżylnie w ilości 1—2 ctm.^{3}, zabijała je w przeciągu 6—12 godzin. Wodne wyciągi tej toksyny, wkraplane na spojówkę ludzi zdrowych, nie wywoływały odczynu; w przypadkach duru, w którym odczyn Gruber-Widala był zawsze dodatni, występował odczyn tylko w 60·7 prc. W dalszym ciągu strącali autorowie toksynę durową wyskokiem, strąt rozpuszczali w wodzie i wkraplali na spojówkę; odczyn w durze występował zawsze. Wyciąg wodny toksyny durowej, ogrzany do 60°, tracił zupełnie zdolność wywoływania odczynu. Wyciągi z prątków durowych, na które spojówka ludzi zdrowych nie oddziaływała, wywoływały te same objawy spojówkowe u osób chorych na inne choroby w 50 prc. przypadków. Wyciąg wodny z prątka paratyfusowego i wyciąg wyskokowy z prątka okrężnicy nie wywoływały u zdrowych odczynu spojówkowego, zaś u chorych na dur wywoływał go pierwszy wyciąg w 54 prc., drugi w 100 prc. Chorzy zatem na dur mają ten sam stopień wrażliwości na powyżej wspomniane prątki, jak i na prątki durowe, a spojówka ich oddziaływa wprawdzie inaczej na jady bakteryjne, aniżeli spojówka osób zdrowych, ale nie wyłącznie na jad durowy. Podobnie działała u chorych na dur i tuberkulina. Wreszcie próbowali autorowie zapomocą jadów durowych otrzymywać odczyn skórny, podobny do tego, jaki Pirquet wywołuje u dzieci zapomocą tuberkuliny, lecz otrzymywali stale odczyn u chorych i u zdrowych. Na podstawie swoich doświadczeń dochodzą autorowie do wniosku, że wyciągi z prątka durowego, paratyfusowego, prątka okrężnicy, a także i rozcieńczona tuberkulina, wywołują rzadko odczyn spojówkowy u osób zdrowych; te same wyciągi wywołują u chorych na dur lub inne choroby odczyn; odczyn spojówkowy Chantemessea nie da się na razie spożytkować dla rozpoznania duru, a najlepszą metodą rozpoznawczą duru pozostaje odczyn Gruber-Widala. *Pisarski.*

Chantemesse. **Leczenie duru brzusznego surowicą.** (*Klin. therap. Wochs.* 1907, 41). Odsetek śmiertelności przypadków duru brzusznego, leczonych w ostatnich sześciu latach w Paryżu, wynosił 17 prc.; Ch. zaś, który w tym czasie leczył 1000 przypadków duru zapomocą surowicy, miał tylko 4·3 prc. śmiertelności. W innych szpitalach, gdzie również stosowano surowicę, obniżyła się śmiertelność z 10—12—10·6 prc. na 3 do 4—5 prc. Surowica zmienia obraz chorobowy. Po wstrzyknięciu następuje okres odczynu, w którym gorączka utrzymuje się, a może nawet wzrasta; na 5. lub 6. dzień gorączka opada, wszystkie objawy słabną i ten stan utrzymuje się aż do okresu zdrowienia. Surowica działa najkorzystniej w 7 pierwszych dniach choroby. Już w kilka godzin po wstrzyknięciu surowicy podnosi się ciśnienie krwi o 12—15 ctm. Hg. Liczba tętna opada równolegle z ciepłotą. Wydzielanie moczu zwiększa się. Jeżeli istniał białkomocz, może ustąpić. Po 10—12 dniach następuje okres zdrowienia, jeżeli zaś gorączka utrzymuje się, to nie wysoka. Wyzdrowienie postępuje szybko, jednak nawroty po 2—3 tygodniach są możliwe. Przy leczeniu surowicą występują rzadziej powikłania, i tak n. p. u żadnego z tych chorych, u których Ch. stosował surowicę przed 7. dniem choroby, nie zdarzyło się przebicie jelita. Ch próbował także zapomocą toksyny durowej wywoływać odczyn spojówkowy i zużytkować go w celach rozpoznawczych. W istocie następował po wkropleniu do oka bardzo rozcieńczonej toksyny durowej odczyn, trwający 2—6 dni. Surowicę uzyskuje Ch. z koni, którym wstrzykuje zawiesinę prątków durowych. Dawka lecznicza wynosi kilka kropli na jedno wstrzyknięcie; działanie trwa około 10 dni; drugie wstrzyknięcie rzadko jest potrzebne. Morskie świnki i króliki po wstrzyknięciu hodowli durowych nie giną, jeżeli poprzednio wstrzyknięto im surowicę. Surowica ta, wcześnie wstrzyknięta, chroniła zwierzęta także od działania samych toksyn durowych. Ch. tłómaczy działanie surowicy na ustrój obecnością w niej opsonin, które działają na narządy krwiotwórcze. Obecność tych opsonin we krwi krążącej ułatwia fagocytozę. *Pisarski.*

Schumm. **O benzydynowej próbie krwi.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, 42). O. i R. Adler, a później także O. Schumm i C. Westphal dowiedli, że benzydyna jest bardzo czułym odczynnikiem krwi, jeżeli tylko przy wykonywaniu próby zachowa się pewne ostrożności. Pierwotną próbę O. i R. Adlera zmienił S. w następujący sposób: Do pewnej ilości moczu dodaje się równą objętość kwasu octowego zgęszczonego (*ac. acet. glaciale*), a następnie wytrawia się eterem; ten kwaśny wyciąg eteryczny należy raz lub dwa przepłukać wodą przekroploną, a następnie czysto ściągnąć; do tego wyciągu dodaje się następnie 2 ctm. 5 prc. na zimno przygotowanego, wyskokowego rozczynu benzydyny i 2 ctm.^{3} 3 prc. wody utlenionej. W razie obecności krwi powstaje zabarwienie zielone. Odczyn jest bardzo czuły. Dla wykrycia krwi w stolcach podali Schlesinger i Holst sposób, polegający na tem, że do kilku kropli zawiesiny stolca we wodzie dodaje się po 2 ctm.^{3} powyżej wspomnianych rozczynów benzydyny i wody utlenionej, a następnie kilka kropli kwasu octowego. Ujemną stroną próby z benzydyną jest to, że nie wszystkie jej próbki są jednakowo czułe na krew. Nawet próbki, z tej samej fabryki pochodzące, różnie się pod tym względem zachowują. Pomiędzy próbkami, sprowadzonemi od Mercka, znajdował S. benzydyny, wykrywające krew w rozcieńczeniu: 1: 200.000, innym razem dopiero w rozcieńczeniu 1: 10.000. W benzydynach z innych fabryk różnice były jeszcze większe. *Pisarski.*

Buttersack. **O ostrem zatruciu po lawatywach z oleju.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 45). U chorej na kamicę żółciową wystąpił w 2½ godziny po lawatywie z oleju (rzekomo) łogowego (*Ol. Sesami*) ostry napad methemoglobinemii, który przez 3 godziny zagrażał życiu, a następnie po zastosowaniu odpowiednich środków powoli przeszedł. Na uwagę zasługuje, że u szczytu zatrucia nie było w moczu hemoglobiny, ani methemoglobiny, a natomiast były nabłonki nerkowe, krwinki czerwone i ślad białka. W 22 godziny nie było już nabłonków nerkowych, a natomiast ślad białka i znaczna ilość hemoglobiny. Badanie wykryło, że olej, którego użyto, nie był olejem łogowym, tylko parafinowym (*Ol. paraffini flavum*). Przebieg opisanego przypadku wskazuje, że methemoglobinemię, nawet ciężką, można zwalczyć, jeżeli się ją wcześnie rozpozna, a do rozpoznania wystarczy znamienne niebieskawo-fioletowe zabarwienie skóry i barwa krwi, która od czekoladowej dochodzi aż do barwy sepii. W leczeniu oddały wielkie usługi wdychiwania tlenu. Ostatecznie dochodzi B. do wniosku, że zatrucia po lawatywach olejnych trzeba przypisać zanieczyszczeniom olejów, a nie pewnym ich rodzajom, i dlatego też należy poddać oleje lecznicze ściślejszej kontroli. *Dr Kluger.*

Doc. Kienböck. **Przypadek przepukliny przeponowej badany zapomocą rentgenizacyi.** (*Zeitschrift f. klin. Med.* Tom LXII). Zdaniem autora, rozpoznanie przepukliny przeponowej za życia łatwem jest w przypadkach pochodzenia urazowego: natychmiast po wypadku w »stanie ostrym«, przy przepuklinie wrodzonej w okresie ciężkich objawów uwięźnięcia. Natomiast przy przepuklinie przewlekłej rozpoznanie bywa bardzo trudne. W czasie wolnym od napadów istnieje wówczas przy lewostronnej przepuklinie szereg objawów, jak: ból, uczucie pełności i ucisku w lewej połowie klatki piersiowej, występujące po spożyciu większej ilości pokarmów wraz z dusznością i sinicą, bicie serca, typowe wyniki opukiwania i osłuchiwania w całej dolnej części lewej połowy klatki piersiowej, zmieniające się stłumienie, odgłos opukowy bębenkowy z pluskaniem i kruczeniem w tej okolicy, przesunięcie serca na prawo. Objawy fizyczne podobne są do objawów odmy opłucnej, przy której jednak stan nie jest zależnym od zmian w wypełnieniu żołądka, szmery jelitowe nie przenoszą się tak silnie ku górze, zresztą wywiady, a często i stan płuc ułatwiają właściwe rozpoznanie. Dotąd opisano 8 przypadków przepukliny przeponowej przewlekłej, rozpoznanej za życia. W 4 badano zapomocą promieni Röntgena. W przypadku autora (przepukliny przewlekłej) badanie fizyczne stwierdziło jedynie przesunięcie serca na prawo, dopiero obraz rentgenowski wyjaśnił istotę cierpienia. *Dr Kluger.*

Aleksander. **Przyczynek do kazuistyki urazowej marskości wątroby.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, 45). Jest rzeczą pewną, że uraz mechaniczny w wątrobę lub jej okolicę może wywołać marskość wątroby. W piśmiennictwie znalazł A. cztery takie przypadki (Tillmanna, Stuarta, Becka i Senatora). W 3 z nich nastąpiło po urazie ograniczone zapalenie otrzewnej, które się następnie przeniosło na otrzewnę, pokrywającą wątrobę. W przypadku autora chodziło o uraz dyszlem w okolicę wątroby. Od czasu tego urazu uczuwał chory bole w wątrobie, a po pewnym czasie zaczął się gromadzić płyn w jamie

brzusznej; płyn ten pomimo kilkakrotnego wypuszczania zawsze na nowo się nagromadzał, aż wreszcie chory wśród ogromnego wyniszczenia zmarł. Sekcya stwierdziła marskość wątroby z przeważnem usadowieniem się sprawy w okolicy wnęki i wchodzących tu naczyń. Przypuszczać można, że uraz wywołał dużą wybroczynę w tej części miąższu wątroby, bez przedarcia pochewki, a napięcie pochewki było powodem bolów. Później w miejscu wybroczyny powstała tkanka bliznowata, która, zacieśniając powoli naczynia, wywołała puchlinę brzuszną. *Pisarski.*

Prof. Pal. **Substancye moczu, wywołujące rozszerzenie źrenicy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 42). Pal badał działanie moczu 81 ludzi na wyjęte oczy żaby. U 7 ludzi zdrowych odczyn wypadł ujemnie. U 28 chorych na zapalenie nerek 22 razy był dodatni, po 3 razy ujemny lub wątpliwy. U 28 chorych na inne choroby 18 razy ujemny, 7 razy wątpliwy, 2 razy dodatni. Na 18 ciężarnych 6 razy stwierdził P. odczyn dodatni. Wobec tego stwierdza P., że mocz przy zapaleniu nerek daje znacznie częściej odczyn dodatni (78 prc.), niż u ludzi zdrowych (0 prc.) lub chorych na inne choroby (7 prc.). Wreszcie i ciąża daje odczyn częściej (38 prc.). Po wstrzyknięciu 2 ctm. 1‰ roztworu nadnerczyny psu, stwierdził P. po 24 godzinach odczyn dodatni, po 48 godzinach ujemny. *Dr Skórczewski.*

Eichler. **O podobnem do adrenaliny działaniu surowicy w przebiegu zapalenia lub po wycięciu nerek.** (*Berl. klin. Wochs.* 1907, 46). Schur i Wiesel stwierdzili, że surowica ludzi chorych na przewlekłe zapalenie nerek wywołuje rozszerzenie źrenic u żab i że surowica królików po obustronnem wycięciu nerek działa zupełnie taksamo. Przez brak zatem czynności nerek nagromadza się w ustroju jakieś ciało, wywołujące to rozszerzenie źrenic. E. powtórzył doświadczenia Schura i Wiesela. Surowica ludzi i zwierząt chorych na przewlekłe zapalenie nerek (u zwierząt wywołane zapomocą uranu) działała zawsze rozszerzająco na źrenicę żaby. Płyn przesiękowy z jamy brzusznej królików, chorych na przewlekłe zapalenie nerek, własności tej nie posiadał. Wobec przypuszczenia, że ciałem, działającem rozszerzająco na źrenicę, jest adrenalina, badał E. doświadczalnie na królikach, czy ciało to posiada także inne cechy adrenaliny, jak zwężające działanie na naczynia krwionośne i podnoszenie ciśnienia krwi; wyniki jednak otrzymał ujemne. Tłómaczy to tem, że ciało to występuje w surowicy w małej ilości, wystarczającej zaledwie do wywołania rozszerzenia źrenicy, niedostatecznej zaś jeszcze do wywołania zwężenia naczyń i podniesienia ciśnienia krwi. *Pisarski.*

M. Chauffard. **Ostra mocznica, a polinukleoza rdzeniowa.** (*Semaine méd.* 1907, Nr 46). Badając mikroskopowo płyn mózgowo-rdzeniowy chorych na mocznicę ostrą stwierdza się silną polinukleozę, która ustępuje powoli w miarę znikania objawów choroby. Ilość ciałek wielojądrzastych jest nieraz znaczna (w przypadku autora było średnio 50 ciałek w jednem polu widzenia) tak, iż budzić może przypuszczenie sprawy zapalnej, toczącej się na oponach. Odróżnienie jednak nie sprawia trudności, jeśli się uwzględni stan tych ciałek, które w przypadkach mocznicy bywają nienaruszone bez śladów cytolizy. Zjawianie się tak znacznej ilości ciałek tłómaczy Ch.. podobnie jak Widal, przenikaniem ich przez ściany naczyń pod wpływem dodatniej chemotaksis, co ułatwia jeszcze ciśnienie tętnicze, podnoszące się do znacznej wysokości podczas napadów mocznicy wśród równoczesnego zatrzymania istot azotowych w ustroju. Na rokowanie nie wpływa polinukleoza wcale, podobnie jak znika szybko. *Nowaczyński.*

Żebrowski i Gilewicz. **O białkomoczu po faradyzacyi nerki.** (Doniesienie tymczasowe). (*Russkij Wracz* 1907, Nr 22). Autorowie (z kliniki prof. K. Wagnera w Kijowie) badali zmiany w moczu, pojawiające się pod wpływem klepania okolicy nerek, drgającego mięsienia, stałego i przerywanego prądu. Ze wszystkich tych zabiegów tylko prąd przerywany wywoływał pojawianie się lub zwiększenie białka w moczu. Faradyzacyę nerki przeprowadzano w ten sposób, że jedną czworoboczną elektrodę (10 kw. ctm.) umieszczano na okolicę nerki z tyłu w kierunku ukośnym z góry i wewnątrz ku dołowi zewnątrz tak, żeby górny jej brzeg opierał się o 10. żebro, a wewnętrzny był odległy od kręgosłupa na 2 ctm., drugą elektrodę w postaci krążka (10 ctm. w średnicy) umieszczano przy zewnętrznej krawędzi m. prostego brzucha i ugniatano nią podżebrze jak najgłębiej w kierunku nerki. Badany siedział podczas faradyzacyi nachylony ku przodowi. Używano prądu, o ile można silnego, lecz na tyle, żeby nie wywoływał u chorego bolów i skurczów w mięśniach brzusznych; faradyzacya każdej nerki trwała około 15 minut. Pierwszą porcyę moczu zbierano już przed faradyzacyą, dalsze po faradyzacyi w odstępach 20-minutowych. Białko w moczu określano w kwasie octowym i sulfosalicylowym, według Brandberga. Zbadano 33 nerek u 29 ludzi. Wyniki podzielić można na 3 grupy: W 1-szej grupie były przypadki, w których przed faradyzacyą był białkomocz, w drugiej — podejrzane nerki (w wywiadach niejasne wskazówki cierpień dróg moczowych, obecność zakaźnych chorób etc.) i w 3-ciej — nerki zupełnie zdrowe. W 13 przypadkach pierwszego rodzaju 7 razy pojawił się znaczny (najmniej 0,033 prc. według Brandberga, ilość białka zwiększała się przynajmniej dwukrotnie) białkomocz (54 prc.), 4 razy niewielki (31 prc.), w 2 przypadkach (15 prc.) białkomoczu nie było. W 5 przypadkach drugiej grupy białkomocz zjawił się w 4 przypadkach, a w 1 — nieznaczny. W 15 przypadkach zdrowych nerek (trzeciej grupy) znaczny białkomocz zjawił się w 1-szym przypadku (6,7 prc.), nieznaczny w 9 (16 prc.), a w 5 (33,3 prc.) białka nie było wcale. W niektórych przypadkach obok białkomoczu faradyzacya wywoływała i zmiany w moczu — zjawiały się niezwykłe kryształy etc. lub zwiększała się ilość zwykłych. Po upływie $^{3}/_{4}$—$1^{1}/_{2}$ godzin po faradyzacyi zmiany wywoływane w moczu znikały zupełnie. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Miezierniсkij. **W sprawie wpływu Borżańskiej wody (źródło Katarzyny) na „purynową" przemianę u zdrowych ludzi.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 28). Autor (z klin. prof. Sirotinina w wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu) na podstawie swoich doświadczeń nad 5 zdrowymi osobnikami przyszedł do następujących wniosków: 1) Przy pokarmie, ubogim w ciała purynowe, picie borżańskiej wody zwiększa wydzielenie kwasu moczowego, nie zmieniając wydzielenia zasad ksantynowych. 2) Przy pokarmie obfitym w ciała purynowe, picie borżańskiej wody zwiększa wydzielenie i kwasu moczowego i zasad ksantynowych. 3) Picie borżańskiej wody zwiększa wydzielanie kwasu moczowego i wprowadzanego i własnego, zasad ksantynowych tylko własnych. W ten sposób użycie wody borżańskiej u ludzi otyłych jest wskazane, jeżeli przytem zachowają stosowną dyetę. Dobre wyniki może dawać woda borżańska i u chorych na dnę, gdyż zwiększa wydzielenie kwasu moczowego. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 4. grudnia 1907.

(W klinice chorób wewnętrznych).

Przewodniczy prezes Prof. Rosner. Obecnych członków 66.

1) Protokół odczytano i przyjęto.

2) Prezes uczcił pamięć ś. p. Stanisława Wyspiańskiego następującem przemówieniem, którego obecni wysłuchali, stojąc:

»Towarzystwo lekarskie okryło się znowu żałobą, choć tym razem śmierć nie zabrała nam żadnego z członków Towarzystwa. Żałobę dzieliliśmy z całem polskiem społeczeństwem po śmierci Stanisława Wyspiańskiego, wielkiego poety i mistrza, jednego z twórców naszego domu lekarskiego. W kształt i barwę zaklął on myśl swoją, kiedy projektował szczegóły czy to klatki schodowej, czy witrażu, czy sali posiedzeń i mury naszego domu przechowają na zawsze część wielkiego Jego ducha.

Jeśli czynnym członkiem Towarzystwa jest ten, który umysłem swoim na współczłonków oddziaływa lub działać ma sposobność, to Stanisław Wyspiański był i jest naszego Towarzystwa członkiem najczynniejszym; swoją artystyczną myślą przemawia do nas z murów naszego domu codziennie i choć może nie każdy zdaje sobie z tego sprawę, jednak każdy wchodzący do domu i przebywający w nim musi być pod wpływem tej myśli, tego ducha. Bo tak oddziaływa otoczenie na nas; i choć w Towarzystwie schodzimy się dla nauki lub towarzyskiej zabawy, nie zaś dla kształcenia naszych pojęć estetycznych i artystycznych, niemniej jednak nieświadomie, bezwiednie, może nawet wbrew woli nastrajamy naszego ducha na ten ton, podnosimy go na tę wysokość, na której był umysł mistrza, kiedy dla naszego domu tworzył swoje pomysły. I to częste, choć bezwiedne podnoszenie ducha jest gimnastyką artystyczną i nie może pozostać bez wpływu na naszą artystyczną kulturę...

Rozumiał to doskonale nasz zasłużony twórca domu kol. Nowak, kiedy Wyspiańskiego nakłaniał do tego, iżby część wielkich swoich myśli oddał naszemu Towarzystwu; i to zrozumienie będzie zawsze jedną z głównych zasług kol. Nowaka.

Tak więc, Panowie, opłakujemy naszego najczynniejszego członka, tego jedynego, który choć legł w grobie, codzień do nas mówić będzie kształtami i barwami i ciągle podnosić nas będzie w te sfery ducha, w których zawód nasz ma prawo i obowiązek przebywać. Tak rzecz rozumiejąc, poleciłem wywiesić flagę żałobną na domu naszym i złożyłem wieniec u zwłok Stanisława Wyspiańskiego«.

3) Kol. Prof. Kader przedstawia chorego, któremu przed 22 dniami wyjął **guz nowotworowy mózgu** o obwodzie 26 cm. Guz ten (mięsak) usadowiony był wewnątrz mózgu koło rowka środkowego. — W dyskusyi zabierał głos kolega Rydel, omawiając powyższy przypadek na podstawie spostrzegania klinicznego pod względem rozpoznawczym.

4) Kol. Eichhorn przedstawił 38-let. chorego z **odwrotnem ułożeniem trzew.** — W dyskusyi wspomniał kol. Prof. Ciechanowski o dwu podobnych przypadkach, sekcyonowanych w ostatnim miesiącu w krakowskim zakładzie anatomii patologicznej Prof. Browicza.

5) Kol. Prof. Jaworski: W klinice lekarskiej **szczepiono sposobem Pirqueta** dotąd 68 chorych. Szczepienia dokonywano 25% rozczynem pierwotnej tuberkuliny Kocha w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej. Prelegent przedstawia sposób szczepienia na jednym chorym. Między 68 szczepionymi dorosłymi chorymi było 9 z klinicznie wykazalną gruźlicą w ustroju. U tych wszystkich był odczyn dodatni. Z 59 klinicznie niegruźliczych był u 27 wynik ujemny, u 32 dodatni, chociaż klinicznie nie można było wykryć u nich gruźlicy. Szczególnie typowe oddziaływanie dostrzegano u chorego zołzowatego. Wartość rozpoznawcza odczynu Pirqueta nie da się na razie ocenić; do tego trzeba stwierdzenia sekcyjnego, czego w klinice dotąd brakuje. Sam zaś Pirquet zestawił ze swych spostrzeżeń 100 przypadków sekcyjnych dzieci, szczepionych jego sposobem. Na 48 przypadków sekcyjnych gruźlicy, było dodatnich wyników szczepienia 31, a ujemnych 17. Odczynu nie było w gruźlicy prosówkowej i u suchotników, na kilka dni przed śmiercią szczepionych. W 52 przypadkach sekcyjnych niegruźliczych był wynik szczepienia ujemny. Znaczy to, że dodatni odczyn szczepienia oznacza zawsze obecność gruźlicy w ustroju, wynik zaś ujemny jej nie wyłącza.

6) Następnie przedstawia kol. Prof. Jaworski szereg chorych, którym **wkraplano do oka** 1% rozczyn **tuberkuliny,** przyrządzony **według Calmettea.** Zaczerwienienie, a w niektórych przypadkach wysięk na spojówce powiekowej i gałkowej okazywały się po 6—12 godz. po wkropleniu. Odczyn oczny Calmettea zdaje się iść równolegle z odczynem skórnym Pirqueta, gdyż u 6 chorych obydwa odczyny były równocześnie dodatnie. Sekcyjnego stwierdzenia dla odczynu Calmettea dotąd w piśmiennictwie nie ma, stąd i ocenienie wartości rozpoznawczej tego tak prostego zabiegu nie jest możliwe.

7) Kol. Prof. Jaworski przedstawia płytki żelatynowe kilku **hodowli bakteryi, naświetlane bromkiem radowym.** (Wyniki osobno będą ogłoszone).

8) Kol. Prof. Jaworski zwraca uwagę na **próbę Rivalty** celem **rozpoznania przesięków od wysięków** zapomocą kwasu octowego, którą to próbę poleca gorąco Doc. W. Janowski z Warszawy. Daje się jedną kroplę kwasu octowego, albo 10 kropel octu do 50 c³ wody przekroplonej, nalanej do wysokiego kieliszka. Kropla wysięku, wpuszczona do tego rozczynu, opada powoli na dno, znacząc swój ślad obłoczkowatą smugą, która zdaje się pochodzić od skrzepnięcia ciał globulinowych. Kropla przesięku, wpuszczona przy tych samych warunkach, nie sprawia ani smugi, ani osadu. Próba ta, tak prosta, czyni w praktyce lekarskiej zbytecznem żmudne badanie wysięków pod mikroskopem i odczynnikami chemicznymi.

9) Doc. Dr Mięsowicz przedstawił: *a)* przypadek **zmiękknienia kości** u 36-letniej chorej, *b)* przypadek **krzywicy późnej** (*rachitis tarda*) u 17-letniej dziewczyny, *c)* próby **wykrycia adrenaliny we krwi** chorych, okazujących podniesione parcie krwi. (Zostanie ogłoszone drukiem).

W dyskusyi kol. Steuermark zwraca uwagę, że Frenkel poleca w ostatnich czasach dla leczenia zmiękknienia kości naświetlanie jajników promieniami Roentgena, które, jak to stwierdził Halberstädter, wywołują zanik jajników; jest to zabieg niebolesny, dla chorej nieszkodliwy, który tem samem w zupełności zastąpić może owaryotomię. Co do działania bakteryobójczego promieni radu, przypomina Steuermark odnośne doświadczenia Scholtza i Freunda, który dawniej już dowiódł, że promienie radu, jak i identyczne z nimi promienie Roentgena, działanie takie w bardzo ograniczonym stopniu wywierają, co potwierdzają też próby Prof. Iaworskiego, który naświetlaniem przez 24 godzin wywołał zaledwie nieznaczne wstrzymanie rozwoju bakteryi.

Kol. Doc. Chlumsky dzieciom z zanikiem gruczołu tarczowego i upośledzonym rozwojem kośćca podaje przetwory tegoż gruczołu ze znakomitym skutkiem leczniczym.

Kol. Blassberg zwraca uwagę, że próba Rivalty może być w sposób prosty wykonaną zapomocą zwyczajnego octu i wody studziennej. Jakkolwiek próba ta pozornie jest tylko ilościową, to jednak próby z moczem, wykonane na oddziale Prym. Krokiewicza, dowiodły, że w pewnych przypadkach chorób nerek próba ta wypada dodatnio, a w innych mimo tej samej ilości białka w moczu wypada ujemnie; może się zatem próba ta w przyszłości okazać cennym czynnikiem rozpoznawczym w stanach chorobowych nerek. Próba Pirqueta zdaje się rozstrzygać ostatecznie spór o istotę zołzów na korzyść zapatrywania, identyfikującego to cierpienie z gruźlicą. Prym. Krokiewicz przeprowadził na dużym materyale szpitalnym, popartym autopsyami, badania odczynu Calmettea i wyniki swych badań wkrótce ogłosi.

Kol. Doc. Seńkowski zaznacza, że odczyn octowy Rivalty nie zależy od ilości białka, tylko od seroglobuliny i fibrynogeny, których obecność wystarczy dla wywołania zmętnienia.

Kol. Prym. Borzęcki zaznacza, że ponieką d analogię co do odmiennego zachowania się zmian na skórze z odczynem Pirqueta spotykamy u osobników gruźliczych pod postacią toczenia rumieniowatego, liszaja zołzowego, *folliclis*, *acnitis*, zmian, które odnieść należy prawdopodobnie do działania toksyn prątków gruźliczych.

Kol. Steuermark odpowiada, że t. zw. tuberkulidy powstają nie skutkiem działania toksyn gruźliczych, lecz skutkiem działania samych prątków o osłabionej jadowitości.

Kol. Rydel zapytuje, czy odczyn oczny Calmettea bywa dodatni tylko przy gruźlicy płuc, czy także przy gruźlicy innych narządów, n. p. kości.

Kol. Filipkiewicz Wł. szczepił dotychczas metodą Pirqueta 60 dzieci; w każdym przypadku gruźlicy kości, gruźliczego zapalenia opłucnej i otrzewnej i t. p. był odczyn mniej lub więcej, ale dodatni.

Kol. Stahr podnosi wielką doniosłość odczynu Calmettea. Jeśli się pokaże, że jest pewnym, to w ten sposób będzie może można rozstrzygnąć, czy gruźlica jest dziedziczną, czy dzieci karmione sztucznie mlekiem krowiem mogą ją tą drogą nabyć, tem samem, czy gruźlica bydlęca, a ludzka jest identyczna.—Promienie X wywołują zanik jajników, rentgenować wolno każdemu technikowi, a więc skoro dziś wolno nietylko lekarzowi stosować promienie X, daje się w rękę technikom możność wywoływania bezpłodności u kobiet. Sprawę tę należałoby ująć z prawnego punktu widzenia.

Kol. Prof. Lewkowicz: Doświadczenia rozpoznawcze zapomocą tuberkuliny dawnym sposobem (stosowanie podskórne) robiono już u noworodków, także pochodzących z matek gruźliczych i otrzymywano w pierwszych miesiącach zawsze wynik ujemny, co przemawiałoby za tem, że gruźlica nie jest dziedziczną. Prawdopodobnie takie same będą wyniki stosowania tuberkuliny naskórnego i naocznego. Sposób Pirqueta ma znaczenie nietylko dla rozpoznania zakażeń, ale także zatruć jakiemkolwiek białkiem obcem. Punktem wyjścia dla teoryi Pirqueta były spostrzeżenia, zebrane przy stosowaniu surowicy Moserowskiej; chodzi właściwie o stosowanie surowicy końskiej w wielkich ilościach 100—200 cm.³ u dzieci płoniczych. Zasadniczym punktem był zauważony przez Pirqueta fakt, że dzieci, którym się wstrzykuje surowicę po raz wtóry w jakiś czas po pierwszym, oddziaływają na tę surowicę inaczej, jak za pierwszym razem, mianowicie oddziaływanie jest bezpośrednie, t. j. zjawia się w przeciągu pierwszych 24 godzin, a nadto otrzymujemy oprócz ogólnego także odczyn w miejscu wstrzyknięcia, odczyn ściśle swoisty, polegający, jak wogóle przypadłości posurowicze, na zetknięciu się obcej surowicy ze swoistemi ciałami ochronnemi, bliżej nie znanemi. Teorya Pirqueta tłómaczy pewne niejasne dotychczas zjawiska. I tak gorączkę sienną tłómaczy Pirquet tem, że chodzi tu o osobniki, które zetknęły się w jakiś sposób z ciałami białkowatemi pyłku roślinnego i zostały niemi zatrute. Gdy ciała te zadziałają znowu na spojówkę, lub błonę śluzową nosa, następuje swoisty odczyn miejscowy, jak przy odczynie Pirqueta lub Calmettea.

Kol. Prof. Rosner sądzi, że stosowanie promieni Roentgena celem zniszczenia nabłonkowej części jajnika nie może poważnie współzawodniczyć z wycięciem jajników, które ten sam cel osiąga w sposób zupełnie pewny i niebezpieczeństw pozbawiony. Że sposób to pewniejszy, niż działanie promieni Roentgena, to pewna, co się zaś tyczy niebezpieczeństwa, to sądzi, że

kilkanaście lub więcej naświetlań rentgenowskich może wywołać niemiłe i niepożądane następstwa, n. p. oparzenia powłok, wycięcie zaś jajników, aseptycznie wykonane, nie zagraża niebezpieczeństwem. (Streszczenia własne).

W dalszej dyskusyi koledzy Doc. Chlumsky i Dr Frommer podzielają zapatrywanie Prof. Rosnera.

Sekretarz: *Dr Owsiński.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXI. Posiedzenie d. 13. grudnia 1907.

Wobec zbliżającego się Walnego Zgromadzenia wyborczego wybrano Komisyę matkę, składającą się z 15 członków.

Przewodniczący zawiadomił zgromadzonych, że sekretarz Towarzystwa Dr W. Ziembicki pracuje nad szczegółowym referatem w sprawie pomijania wytworów pruskich na polu przemysłu lekarskiego i że zanim go przedstawi Towarzystwu, już dziś może udzielić wskazówek, cenników i t. d. kolegom, którzyby mieli zamiar w najbliższym czasie poczynić jakie zamówienia.

1) Dr Sołomowicz (amb. chor. nerw.) przedstawił przypadek **porażenia nerwu twarzowego z przeczulicą słuchową,** znaną pod nazwą *hyperakusis* lub *oxyekoia,* t. j. z niezwykłą wrażliwością na nizkie tony widełek strojowych (kamertonu). W dyskusyi przemawiał Dr Zalewski.

2) Prof. Dr Bárącz przedstawił chorą, u której w 2 lata po operacyi **raka sutka** nie ma żadnych objawów nawrotu. — W dyskusyi przemawiali Prof. Dr Rydygier, Dr Ostrowski i prelegent.

3) Dr Czyżewicz (jun.) przedstawił z Zakładu położn.-ginekologicznego: *a)* chorą po **wycięciu macicy z powodu nabłoniaka kosmówkowego** w początkowych stadyach rozwoju; *b)* przypadek **cięcia cesarskiego** z niezwykłych wskazań, bo **z powodu zwężenia pochwy** (poporodowego); *c)* przypadek świeżego **zmięknienia kości** u ciężarnej w VI. miesiącu ciąży z zupełną niemożnością chodzenia, który zdaniem mowcy nadaje się do stosowania sposobu leczenia Bossiego zapomocą wstrzykiwań adrenaliny. Przy tej sposobności streszcza prelegent dotychczas ogłoszone zapatrywania na ten sposób leczenia i stwierdza, że podana przez Bossiego dawka ($^1/_2$—1 cm.^{3} rozcz. adrenaliny 1:1000, dwakroć dziennie) wydaje się za wysoką i może wywołać groźne objawy zatrucia, jak tego już były przykłady, natomiast mniejsze dawki, wprawdzie u osób nieciężarnych, nie dawały zadowalniających wyników. Dalej przedstawia prelegent: *d)* chorą z **całkowitem wypadnięciem macicy** i pochwy, powstałem według podania po porodzie przed laty 15, a to z powodu ręcznego wydobywania łożyska przez położną. — W dyskusyi przemawiał Prof. Dr Mars, podnosząc korzystne wyniki stosowania adrenaliny w przypadkach zmięknienia kości, przyczem zauważył, że dopiero dalsze doświadczenie pouczy, o ile te wyniki są trwałe.

4) Dr Smurzyński (klin. chir.) omówił przypadek **całkowitego wyłuszczenia barku** (kości ramieniowej wraz z łopatką) **z powodu mięsaka szyjki kości ramieniowej,** gdzie stan był tego rodzaju, że się do leczenia t. zw. zachowawczego nie nadawał. — W dyskusyi przemawiali: Prof. Dr Rydygier, Prof. Dr Schramm, Dr Rydygier (jun.), Prof. Dr Bárącz, Dr Skałkowski i prelegent. Wszyscy zgadzali się na wartość leczenia zachowawczego w przypadkach takich guzów (zwłaszcza wielkokomórkowych), zwłaszcza niezbyt posuniętych. Podnoszono wątpliwe wyniki stosowania w tych przypadkach promieni Röntgena, które nawet, jakby się zdawało, w pewnych razach pogarszają obraz chorobowy, przyspieszając rozpad, rozsianie i t. d.

5) Dr Hinze (oddz. chir. szp. powsz.) przedstawił preparat **ropniaka macicy** (*empyema uteri*), pochodzący z chorej podeszłego wieku, zmarłej po laparotomii, której dokonano z powodu niedrożności jelit. *Witold Ziembicki.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 5. listopada 1907 r.

1) Kopczyński St. przedstawił preparat anatomiczny gruźliczego **guza mostu Warola.** Za życia stwierdzono porażenie obu nerwów twarzowych, odwodzących, trójdzielnych, porażenie dróg czuciowych przy zachowaniu dróg ruchowych. Sekcya potwierdziła uczynione za życia rozpoznanie guza górnego piętra mostu Warola. Guz ten tworzyło rozlane nacieczenie gruźlicze, wysyłające wypustki we wszystkich kierunkach, zserowaciałe w środku w okolicy jąder nerwów VII i VI; zajmował on górne piętro mostu Warola i zachodził częścią w kierunku rdzenia przedłużonego. Godnem uwagi jest to, że za życia guz tak wielki nie dawał żadnych objawów ogólno-mózgowych.

2) Dębiński wypowiedział rzecz p. t.: **W sprawie odczynu Calmettea u gruźliczych.** Na mocy badań swych nad metodą Calmettea u chorych szpitalnych doszedł prelegent do następujących wyników. U chorych z gruźlicą rozpadową (laseczniki w plwocinie) odczyn oczny był typowy; z 5 chorych z zagęszczeniem szczytów (bez laseczników w plwocinie), gdzie klinicznie rozpoznanie nie ulegało żadnej wątpliwości, u 3 chorych odczyn wystąpił, u 2 zaś odczynu nie było; wreszcie z 6 chorych, u których klinicznie nie wykryto żadnych zmian gruźliczych, u 3 chorych odczynu ocznego nie było, u 3 jednak pozostałych wystąpił odczyn oczny bardzo silny i charakterystyczny. U jednego z tych chorych zapalenie spojówki trwało trzy tygodnie.

W dyskusyi podaje Wilczyński wyniki swych badań. Z 19 chorych na gruźlicę, u których wykryto laseczniki gruźlicze w plwocinie, u 18 był wyraźny odczyn Calmettea. Z 20 osobników, u których badanie nic podejrzanego w kierunku gruźlicy nie wykryło, odczyn wystąpił tylko u dwóch. Z 11 osobników, u których wprawdzie przedmiotowo nie można było stwierdzić gruźlicy, ale jednakże można ją było przypuszczać, był u 4 odczyn Calmettea. W. twierdzi, że odczyn Calmettea jest swoistym dla gruźlicy, zawodzi jednak dość często we wczesnych okresach tego cierpienia. — Sokołowski podnosi doniosłość odczynu Calmettea w rozpoznawaniu gruźlicy. Odczyn ten ma jednak strony ujemne, a do tych zaliczyć należy 1) występowanie tego odczynu czasem u ludzi, u których gruźlicy przypuszczać nie można: 2) gwałtowność zapalenia spojówki, którą kilkakrotnie już spostrzegano. — Żenczykowski zaznacza, że stosował metodę Calmettea u 6 notorycznych suchotników, odczyn jednak wystąpił tylko u dwóch. Mówca zwraca uwagę na niestałość tego odczynu, który u jednego i tego samego chorego czasami występuje wybitnie, czasami zaś zawodzi.

3) Janowski pokazuje 14 **krzywych, zdjętych z lewego przedsionka serca przez przełyk.** Na każdej z tych krzywych znajduje się zdjęta równocześnie krzywa koniuszka serca lub też tony serca, zapisywane metodą Martiusa. Prelegent objaśnia każdą część składową krzywych przedsionka serca, zdjętych u kilku osobników zdrowych i u jednego ze zwężeniem lewego ujścia żylnego. Objaśnienia te podaje raz według Minkowskiego, drugi zaś według Rautenberga. Przez zestawienie trwania części składowych krzywej przedsionkowej z odległością między tonami serca lub z krzywą koniuszka serca, J. wykazuje zarówno w tłómaczeniu Rautenberga, jak i Minkowskiego, pewne sprzeczności co do trwania poszczególnych faz serca podług tych tłómaczeń. Sprzeczności te są przy przyjęciu objaśnienia Minkowskiego znacznie mniejsze. Przy obecnym sposobie zdejmowania krzywych przedsionkowych zapomocą sfigmokardyografu Jaqueta, nie pozwalającego na jednoczesne zdjęcie krzywej koniuszka serca i tonów obok krzywej przedsionkowej, wytłomaczenie zachodzących przy obliczeniu sprzeczności nie wydaje się J. możliwem. Jak bowiem J. na szeregu poszczególnych uderzeń serca przedstawia, trwanie poszczególnych okresów działalności przy wzajemnem ich porównywaniu ze sobą okazuje różnice o kilka setnych sekundy. Takie same różnice daje porównanie ze sobą szeregu okresów skurczowych serca, o których z łatwością sądzić można przez mierzenie odległości od pierwszego do drugiego tonu, znaczonego na papierze jednocześnie ze zdejmowaniem krzywej przedsionkowej. Ponieważ przy wymierzaniu poszczególnych części tej krzywej trwanie okresu skurczowego serca zostaje na nią przeniesione nie z tej samej fazy serca, lecz z jednej z następnych, i to samo dzieje się przy odmierzaniu krzywej kardyograficznej, przeto powstają przy tem błędy o kilka do 10-setnych sekundy, utrudniające rozstrzyganie wątpliwości, nasuwających się przy mierzeniu poszczególnych części składowych krzywej przedsionkowej. Janowski sądzi, że założenie na turgosfigmograf Straussa — dwóch dodatkowych pęcherzyków Mareta, które umożliwi mu jednoczesne porównanie krzywej przedsionkowej zarówno z tonami serca, jak i z krzywą kardyograficzną podczas jednej i tej samej fazy serca, dopomoże mu do rozwiązania niektórych z nasuwających się wątpliwości. *Ign. L.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Państwowy Związek organizacyi lekarskich austr. ogłasza, co następuje: 1) Związek lekarski w austr. Radzie państwa ukonstytuował się, wybierając prezesem Dra Michla. 2) Organizacya lekarzy tryesteńskich uzyskała zatwierdzenie swej ustawy; do organizacyi należy 130 ze 175, mieszkających w tym okręgu. 3) Ostrzega się wszystkich kolegów przed osiadaniem w Austryi górnej, gdzie niema już miejsc, mogących utrzymać lekarzy.

Prezes: *Dr Janeczek.*

(Drobniejsze wiadomości, nadesłane ze Związku, a obojętne dla naszych czytelników, jak n. p. o zawiązaniu organizacyi okręgowej na Morawach, ostrzeżenia przed poszczególnemi posadami w Austryi dolnej i t. d., pomijamy).

Towarzystwo Samopomocy lekarzy *nadesłało nam następujące pismo:* L. 2730. Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy wyraża niniejszem najszczersze podziękowanie: I. WPanu Władysławowi Popielowi, dyrektorowi zakładu kąpielowego w Lubieniu, za przesłanie na fundusz wdów i sierót kwoty 341 K, jako ekwiwalentu za znaczki pocztowe ze sprzedaży biletów kąpielowych podczas ubiegłego sezonu. II. WPanom Lekarzom i Aptekarzom w Przemyślu za przesłanie na fundusz wdów i sierót kwoty 75 K zamiast wieńca na trumnę ś. p. kol. Madejskiego.

Dr Flis, sekretarz. *Dr W. Damski,* I wiceprezes.

Zarząd Towarzystwa Samopomocy lekarzy zajęty był w ciągu listopada i grudnia przerobieniem projektu nowego statutu (t. j. statutu organizacyi lekarzy) stosownie do żądań Namiestnictwa. Praca ta, zająwszy szereg posiedzeń, została już ukończona. Na posiedzeniu w d. 16. XII. 1907, uchwalono poruszyć sprawę ordynacyi lekarskiej i w tym celu zwrócić się do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej; podjąć stosowne kroki w sprawie pomnożenia liczby lekarzy miejskich, w sprawie wyborów do komisyi podatkowych; zastanawiano się nad utworzeniem ochrony prawnej dla lekarzy, zwłaszcza w sprawach podatkowych; ze spraw drobniejszych uchwalono nie rozsyłać na Nowy Rok znaczków receptowych, tylko odezwę, przypominającą o funduszu wdów i sierót; udzielono jedną zapomogę. *S.*

Sekcya krakowska Towarzystwa lekarzy kolejowych odbyła w d. 1. XII. Walne Zebranie, na którem uchwalono przez delegatów, wysłanych na Walne Zebranie w Wiedniu, upominać się energicznie o polepszenie płac lekarzy kolejowych. Na Walnem Zebraniu Towarzystwa w Wiedniu w d. 4.XII., na którem delegatami z Galicyi byli Dr Zgórski ze Lwowa, a Dr Jabłoński (prezes sekcyi krakowskiej) i Dr Czerny (sekretarz tejże sekcyi) z Krakowa, uchwalono też istotnie domagać się poprawy bytu lekarzy kolejowych przez podniesienie płac, polepszenie awansu, stworzenie pragmatyki służbowej i t. d. Zresztą zajmowało się zebranie wiedeńskie sprawą organu Towarzystwa i sprawozdaniem kasowem (»Głos lek.« 24). *R.*

Izba lekarska Gorycyi i Gradyski uchwaliła dobrowolnie się rozwiązać, gdyż w obecnych warunkach wobec przeszkód, stawianych przez władze, uważa pracę Izb za bezskuteczną i bezcelową. (»W. m. Presse«, 60). *R.*

Głos lekarzy, jedyne pismo polskie, poświęcone sprawom zawodowym, kończy w r. b. pierwsze pięciolecie wydawnictwa, prowadzonego wytrwale w niełatwych warunkach, odwołując się do ogółu lekarzy o większe poparcie, bez którego dalsza praca byłaby utrudnioną. W roku przyszłym wydawać będzie »Głos« sprawozdania z czynności obu Izb lekarskich galicyjskich; zapowiada też rozbiór działalności Izb w ostatniem trzechleciu i program jej na następną kadencyę, oraz sprawy ekonomicznej organizacyi lekarzy. *R.*

Stacye rewizyjne, urządzone na granicy Galicyi, zniosło Namiestnictwo z powodu pomyślnych wiadomości o stanie cholery w Rosyi. *T.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 1. do 14. XII. 1907 doniesiono o 44 nowych przypadkach duru plamistego w 9 gminach, a mianowicie: pow. Gródek (Uherce niezabitowskie 5) Jarosław (Nienowice 3, Grabowiec 1), Jaworów (Zawadów 3), Lisko (Lisko 5), Rawa (Wulka mazowiecka 10), Skałat (Połupanówka 12, Rosochowaciec 2), Śniatyn (Dżurów 3) i o 2 przypadkach ospy w pow. Chrzanów (Gromiec 2). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 8. do 14. XII. 1907 urodziło się dzieci żywo 51, nieżywo 1; zmarło osób 54 (w tem obcych 21), z nich z gruźlicy 15 (7), zapalenia płuc 7, błonicy 1, płonicy 2 (1), duru brzusznego 2 (2), gorączki połogowej 1 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 8. do 14. XII. 1907 było przypadków: płonicy 3 † 1, duru brzusznego 5, błonicy 2 † 1, róży 3, nagm. zapalenia ślinianek 2. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 8. do 14. XII. 1907 było przypadków: błonicy 3 † 1, krztuśca 3, płonicy 27 † 3 (w tem obcych 1 † 0), odry 23 † 4 (2 † 2), duru brzusznego 4 † 1 (3 † 1), gorączki połog. 1 † 1 (1 † 1), nagm. zapal. opon 1 † 1. *L.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 18. XII. 1907 posiedzenie, na którem wybrani zostali na r. 1908: prezesem Prym. Dr Borzęcki, wiceprezesem Doc. Dr Gliński, skarbnikiem ponownie Doc. Dr Dobrowolski, redaktorem »Przeglądu lekarskiego« nadal Prof. Dr Ciechanowski, sekretarzem dorocznym Dr Cetnarowski, gospodarzem nadal Doc. Dr Seńkowski, do komisyi redakcyjnej »Przeglądu lekarskiego«: Prof. Dr Lewkowicz, Prof. Dr Krzyształowicz, Doc. Dr Rutkowski i Dr Wojciechowski, do komisyi kontrolującej: Dr Bielański i Dr Cercha, delegatami do Rady zawiadowczej Towarzystwa lek. galic.: Prof. Dr Bylicki i Dr J. Łuszczkiewicz, a na Walne Zgromadzenie tegoż Tow.: Prof. Dr Ciechanowski i Doc. Dr Dobrowolski.

— Towarzystwo Biblioteki uczniów Wydziału lekarskiego U. J. liczyło w r. 1906/7 360 członków i obracało 700 dziełami. Na »Bratnią Pomoc Medyków« zgromadzono dotąd 1,200 K. Obrót kasowy wynosił 6,300 K. Za pośrednictwem Towarzystwa nabywali członkowie dzieła i instrumenta; obrót w tym dziale wynosił 7,720 K. Towarzystwo urządziło 3 wieczory referatowe i wydało skrypta wykładów biologii.

— Dyplom doktorski uzyskała p. Walerya Lustgartenówna, rodem z Krakowa.

Lwów. Krajowa Rada Zdrowia na posiedzeniu swem w zeszłym tygodniu wybrała swym przewodniczącym na najbliższe trzechlecie Dra E. Gerard-Festenburga, a jego zastępcą Prof. Dra H. Schramma. Na posiedzeniu tem rozpatrywano sprawę pomocników aptekarskich.

— Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej odbył 7. XII. 1907 posiedzenie, na którem po omówieniu sprawy ministerstwa zdrowia i sprawy wyborów do Rady miejskiej lwowskiej, przyjęto nowy regulamin Izby z wyjątkiem ustępu o podziale mandatów, który ma być jeszcze dokładniej opracowany, zaopiniowano podanie wdowy po lekarzu okręgowym o zapomogę z Wydziału krajowego i rozpatrzono dwie sprawy honorowe. Na posiedzeniu zaś w d. 16. XII. udzielono 2 zapomogi, wybrano Prezydenta Izby delegatem na jubileusz Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, w sprawie wyborów do komisyi podatkowych uchwalono postąpić, jak w latach poprzednich i załatwiono kilka spraw drobniejszych.

— Ostatni numer »Dziennika X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich«, oraz obszerny tom, zawierający sprawozdania z posiedzeń naukowych w sekcyach, ma wkrótce wyjść z druku. Z tego powodu administracya »Tygodnika lekarskiego« (Lwów, Sykstuska 8) uprasza b. uczestników Zjazdu o niezwłoczne nadsyłanie dokładnych i czytelnych adresów.

— Zjazd członków Związku lekarzy rządowych w Galicyi, połączony z rocznem Walnem Zgromadzeniem, odbędzie się we Lwowie d. 28. i 29. XII. 1907. Porządek dzienny Walnego Zgromadzenia (w oba dni o godz. 10 rano w Towarzystwie lek., ul. Dominikańska l. 11), obejmuje następujące przedmioty: 1) Dr Obtułowicz: »O potrzebie zmiany ustawy i rozporządzeń tyczących się zakładania cmentarzy«. 2) Radca dw. Dr Merunowicz: »Nowsze poglądy na dur brzuszny i sposoby zapobiegania szerzeniu się jego«. 3) Sprawozdanie roczne Wydziału. 4) Wybór Wydziału i komisyi rewizyjnej. 5) Wnioski Wydziału i członków. Ze względu na ważność przedmiotów obrad uprasza Wydział członków Związku o jak najliczniejsze przybycie.

Warszawa. Już w r. 1899 specyalna komisya zwróciła uwagę na to, że lekarze, pracujący w miejskich szpitalach warszawskich w charakterze ordynatorów i asystentów, otrzymują za swoją pracą bardzo liche wynagrodzenie, a ordynatorzy nadetatowi nie pobierają żadnego. Taki stan rzeczy przetrwał do dzisiaj, a nawet jest gorszy, gdyż na 58 lekarzy etatowych w szpitalach warszawskich ordynuje 52 lekarzy nieetatowych, pracujących bezpłatnie. Obecnie, gdy szpitale objęło miasto, wznowił tę

sprawę inspektor lekarski szpitali. Dzienniki wyrażają nadzieję, że tym razem sprawa będzie załatwioną i usunięte będzie na przyszłość wyzyskiwanie ciężkiej pracy lekarskiej.

— Miejski zakład szczepienia, kierowany przez Dra Polaka, rozdał od 1. XII. b. r. 10,875 porcyi krowianki szkołom, ochronom i t. d. i zaszczepił krowiankę 500 osobom.

— »Związek kół ziemianek« założył kursa pielęgnowania chorych dla kobiet wiejskich. Na 6-miesięczne kursa będą wysyłane do Warszawy kosztem »Kół« prowincyonalnych włościanki, mające kawałek własnego gruntu, by zapobiedz wynoszeniu się wykształconych dozorczyń dla zarobku ze wsi do miast.

Z różnych stron. Zorganizowaniem opieki nad chorymi, przedewszystkiem ubogimi, po domach, zajął się Wydział krajowy dolnoaustryacki na wniosek Dra Weisskirchnera, obecnego prezydenta parlamentu. Z pomocą subwencyi Wydziału krajowego powstało w Wiedniu 10 stacyi, dostarczających Sióstr zakonnych do pielęgnowania, a obecnie utworzono stacyę dozorczyń świeckich, złożoną z 6 osób i kierowniczki. Wydział krajowy zamierza też przedłożyć Sejmowi wniosek o zorganizowanie tej sprawy na szerszą skalę. (Cała ta sprawa wzięła źródło w dającym się odczuwać w Dolnej Austryi »braku miejsca« w szpitalach.... Jeżeli tam »brak miejsca«, to cóż dopiero u nas! A jednak wobec sposobu, w jaki wogóle jest traktowana u nas opieka nad chorymi ubogimi, takie urządzenie, jakie zaprowadza Wydział krajowy dolnoaustryacki, nawet pomyśleć się u nas nie da....).

— Szwedzka komisya przeciwgruźlicza przedstawiła rządowi projekt utworzenia w ciągu kilku lat 4600 sanatoryów kosztem 10 milionów koron. Utrzymanie sanatoryów podjęłyby gminy z pomocą 5½-milionowej pożyczki ze skarbu państwa.

Mianowani: Dr Regina Korngoldówna lekarką szpitala izrael. w Krakowie; Dr Josse w Nadwórnie, Dr Janikiewicz w Skałacie, Dr Kurasiewicz w Strzyżowie i Dr Soniewicki w St. Samborze lekarzami powiatowymi;

Dr Besserer profesorem medycyny sądowej w Münster, Prof. Cloetta zwycz. profesorem farmakologii w Zurichu.

Powołani: Prof. Menge z Erlangen na katedrę położnictwa do Heidelbergu, Prof. Horst Meyer z Wiednia na katedrę farmakologii do Berlina.

Zmarli: Neurolog Prof. Hirt we Wrocławiu, laryngolog Prof. M. Schmidt we Frankfurcie n. M.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Perdynaminowe przetwory Mr. Camillo Raupenstraucha (Wiedeń) zyskują coraz większą wziętość. Fabrykant otrzymał w tej sprawie od lekarza sztab. Dra J. Krejči w szpitalu garnizonowym w Krakowie następującej treści pismo: »Z polecenia komendy szpitala donoszę o wynikach leczniczych przy stosowaniu perdynaminy. Stosowano ją jako środek skrzepiający u ozdrowieńców, we wczesnej gruźlicy płuc, jakoteż w gruźlicy późniejszej. Wyniki dobre. Chorzy chętnie przetwór ten zażywają i dobrze znoszą nawet przez czas długi. Szczególne usługi oddał on w przypadku melancholii; pomimo wymiotów i wstrętu do jedzenia wogóle zażywał chory chętnie perdynaminę i znosił ją dobrze. Uważam ją za cenny środek wzmacniający«. *Kps. W.*

Mergal. [Dr Hogge. (»Deutsche Medizinal-Zeitung«, 1907)]. Używane dotychczas przy kile środki wewnętrzne wywoływały, zapalenie dziąseł, podrażnienie przewodu pokarmowego, nerek i t. p. Aby to usunąć, wynaleziono nowy środek przeciwkiłowy, mergal. Boss na podstawie 30 przypadków doszedł do przekonania, że mergal daje się zastosować przy kile drugo- i 3-cio rzędnej, a tylko wyjątkowo (cierpienia oczu, mózgu, rdzenia) należy przedsiębrać energiczniejsze środki. Przy objawach parasyfilitycznych osiągnięto przy używaniu mergalu doskonałe wyniki. Podług Hoggego zastępuje mergal wcierania i wstrzykiwania, przytem nie wywołuje zaburzeń przewodu pokarmowego i nerkowych. Równie przychylnie oceniają mergal Saalfeld, Keil, Leistikow i Zeissl. Chemicznie jest mergal połączeniem kwasu cholowego z tlenkiem rtęci $(C^{24}H^{39}O^{5})^{2}Hg$. Jest to żółtawy proszek, nierozpuszczalny w czystej wodzie; łatwo rozpuszcza się w roztworach soli kuchennej. Aby zapobiedz podrażnieniu jelit, dodaje się taniny do poprzedniego połączenia w stosunku 1: 2. W handlu znajduje się mergal w kapsułkach, z których każda zawiera 5 cgr. kwasu cholowego tlenku rtęci i 1 dcgr. białkanu taniny, wyrobu fabryki J. D. Riedla. Przy używaniu mergalu należy zachować odpowiednią dyetę: zaleca się przytem kąpiele, spokój, dużo snu i świeże powietrze. *Ll.*

Arhovina. Zdanie, jakie wypowiedział obecnie Weinberg o arhovinie (»Wiener Med. Presse« Nr 44, 1907) ma doniosłe znaczenie. Już przed trzema laty ogłosił on swe doświadczenia z arhoviną i od tego czasu stale już wypróbowywał w dalszym ciągu jej skuteczność. Wyraża się on o arhovinie nader przychylnie. Ze wszystkich praktycznych doświadczeń, wykonanych przez Weinberga, wypływa, że arhovina jest środkiem pewnym i bezsprzecznie skutecznym, przytem nie wywołuje żadnych ubocznych zaburzeń, które zdarzają się przy używaniu środków balsamicznych. Nawet wytwarzane w ostatnich latach udoskonalone przetwory balsamiczne, które mają wiele przewagi nad stosowanymi dawniej, wywołały przy wielu doświadczeniach zaburzenia żołądka, jelit i nerek. Przy używaniu arhoviny podobne wypadki nigdy się nie zdarzały, chociaż zastęp chorych, leczonych tym środkiem, jest bardzo liczny. Ze względu na skuteczność i przewagę nad innymi środkami zajmuje arhovina w leczeniu wiewióra wybitne miejsce, i jako taka zyska prawdopodobnie szerokie rozpowszechnienie. Takie zjawiska, jak uśmierzenie bolów zaraz na drugi dzień, lub któregokolwiek dnia po zastosowaniu leczenia arhoviną, dadzą się wytłómaczyć szybkiem jej wessaniem. Wydzielając się, znieczula arhovina narządy moczowo-płciowe, przyczem bole znikają. W dawkowaniu wychodzi W. poza dawki przeciętne i chętnie zaleca w ciężkich przypadkach do 10 kapsułek dziennie po 0,25. Wogóle przypisuje on energiczniejszemu leczeniu tym środkiem, nie wywołującym żadnych zaburzeń ubocznych, wielką skuteczność. *Hr.*